

TI_GERICHTE 32.2014.164 vom 3. Oktober 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-10-03, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.164

FR: TI_GERICHTE 32.2014.164 du 3 octobre 2014

IT: TI_GERICHTE 32.2014.164 del 3 ottobre 2014

Regeste

Rendita di invalidità concessa per periodo limitato. Assicurato contesta miglioramento delle sue condizioni. Ricorso respinto

Erwägungen

E. 46

). Secondo l'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI l'assicurato ha diritto ad una rendita se ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (e, per la lett. c, se al termine di questo anno è invalido [art. 8 LPGGA] almeno al 40%). Secondo il cpv. 2 del medesimo art. 28 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., p. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Per l'art. 29 cpv. 1 LAI il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGGA. 2.3. Per costante giurisprudenza quando l'amministrazione con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo, devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione ex art. 17 LPGGA (DTF 133 V 545, 131 V 164, 131 V 120 e 125 V 143). I principi giurisprudenziali sviluppati in materia di revisione di rendite sotto il regime del vecchio art. 41 LAI sono applicabili anche a proposito dell'art. 17 LPGGA (DTF 130 V 343. consid. 3.5 p. 349-352). Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGGA se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Qualsiasi cambiamento

importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; DTF 112 V 372 e 390). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_886/2009 del 13 aprile 2010 consid. 2.2 che rinvia alla DTF 121 V 264 consid. 6b/dd p. 275 con riferimenti). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3 con riferimenti). Giusta l'art. 29 bis OAI (Risorgere dell'invalidità dopo la soppressione della rendita), se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. 2.4. Nella fattispecie, con la precedente decisione del 15 giugno 2012 l'amministrazione ha parzialmente accolto la domanda di prestazioni dell'agosto 2011, con la quale l'interessato lamentava di essere affetto da diabete e cardiopatia (doc. AI 1), basandosi essenzialmente sulle certificazioni del curante dr. _____, sulla documentazione richiamata dall'assicuratore malattia e sul rapporto del SMR e assegnandogli una rendita intera limitatamente al periodo dal 1. febbraio al 31 maggio 2012. Nell'ambito della procedura ricorsuale che ne è seguita l'Ufficio AI ha dato atto di aver compiuto degli accertamenti lacunosi, segnatamente non avendo adeguatamente esaminato le certificazioni prodotte dall'interessato ponendole al vaglio del SMR e non avendo chiarito l'aspetto psichiatrico (doc. AI 51). Ha quindi proposto l'annullamento della decisione e il rinvio degli atti per ulteriori accertamenti (doc. AI 51). A tale richiesta, condivisa parzialmente dall'assicurato, ha dato seguito il TCA, il quale, con pronuncia del 3 maggio 2013, ha statuito il rinvio degli atti per ulteriori accertamenti, di natura psichiatrica (ritenuto come apparisse "verosimile che ancora prima dell'emissione del provvedimento contestato l'interessato abbia sviluppato una patologia psichiatrica, segnatamente una "sindrome di disadattamento, reazione depressiva prolungata" o alternativamente un "disturbo post traumatico da stress" idonea a limitare la sua capacità lavorativa in misura non trascurabile"), cardiologica e internistica, viste le discrepanze emerse tra le certificazioni del dr. _____, cardiologo (doc. AI 25-1), e del medico SMR (doc. AI 27) – che avevano concluso per una ripresa della capacità lavorativa dal mese di febbraio 2012 – e quella del dr. _____, internista – che nel certificato del

20 aprile 2012 aveva concluso per un'inabilità lavorativa del 70% a dipendenza delle affezioni cardiache – e del curante dr. _____ per il quale persisteva un'inabilità lavorativa per i motivi cardiaci. A seguito del rinvio degli atti, l'Ufficio AI ha proceduto a far allestire una perizia a cura del SAM. Nel rapporto pluridisciplinare del 12 dicembre 2013 (doc. AI 92/1-57) risulta che i periti, dopo aver elencato gli atti ed esposto dettagliatamente l'anamnesi e le constatazioni obiettive, hanno fatto capo a quattro consultazioni specialistiche esterne, di natura cardiologica (dr. _____), endocrinologica (dr. _____), otorinolaringoiatrica (dr. _____) e psichiatrica (dr. _____). Viste le risultanze dei singoli consulti, svoltisi sull'arco di sei giorni presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto la seguente diagnosi: " 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Sindrome da disadattamento con reazione depressiva prolungata. Indebolimento cognitivo lieve. 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Struttura di personalità narcisistica. Malattia coronarica multivasale con: . - stato dopo infarto antero-apicale; - stato dopo bypass aorto-coronarico multiplo (28.3.2011) con mammaria sin, su primo e secondo posterolaterale, mammaria ds. su discendente anteriore, vena su interventricolare posteriore. FRCV: diabete tipo 2 insulino richiedente, ipertensione, ipercolesterolemia, pregresso tabagismo, familiarità Diabete mellito di tipo 2B, noto da 1987 con: - sovrappeso (BMI 27.44 kg/m²); - polineuropatia di moderata intensità; - insulino richiedente secondaria a partire da luglio 2013. Ipfonia intermittente funzionale su discreto edema di Reinke. Nota ernia iatale assiale riducibile, gastrite minimamente erosiva e disturbi dispeptici di probabile eziologia funzionale (esame endoscopico maggio 2012). Sovrappeso con BMI 28 kg/m²." In merito alla valutazione medico-teorica globale della capacità lavorativa i periti hanno sostanzialmente concluso che nell'attività da ultimo esercitata di esperto fiscale-programmatore l'assicurato era da considerare abile nella misura del 70%, limitazione intesa come riduzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata lavorativa. Hanno in particolare esposto: " 8.

CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA Le conseguenze sulla capacità lavorativa derivano dalla patologia psichiatrica, mentre invece, come descritto al capitolo 6, dal punto di vista cardiologico, ORL ed endocrinologico, non vi sono limitazioni della capacità lavorativa. Dal punto di vista psichiatrico il nostro consulente diagnostica una sindrome da disadattamento con reazione depressiva prolungata, una struttura di personalità narcisistica ed un indebolimento cognitivo lieve. Di fatto l'A. dopo aver accusato i problemi cardiaci ed essere stato sottoposto all'intervento cardiocirurgico ha cominciato a palesare i problemi di tenuta generale e di resistenza allo sforzo prolungato nel tempo che lo hanno portato a riprendere solamente in misura parziale la sua attività lavorativa mostrando tra l'altro delle difficoltà ad eseguire e a portare a termine con successo compiti che richiedevano un maggiore impegno e coinvolgimento a causa soprattutto della presenza di deficit cognitivi più qualitativi che quantitativi come quelli che sono stati tra l'altro messi in evidenza dal test psicométrico eseguito dallo psicologo _____ con compromissioni a livello della memoria, della concentrazione e della esecuzione dove si è palesata una particolare lentezza. Messa in parallelo gli stessi esami testistici eseguiti da esaminatori distinti portano ad un inquadramento nosografico sovrapponibile. Dal lato della diagnostica della personalità vi è infatti un disturbo del narcisismo accompagnato da una umoralità depressiva mentre sul piano della funzionalità strumentale emergono le turbe della memoria e della concentrazione che rendono evidentemente difficoltosa l'operatività dell'A, negli aspetti procedurali. Alla diagnosi di sindrome da disadattamento con reazione depressiva prolungata formulata nella sua perizia dal Dr. med. _____ va quindi affiancata quella

di struttura di personalità narcisistica da situare ad un livello di sviluppo sicuramente meno funzionale di quello in atto prima dell'insorgenza dei problemi cardiovascolari ma non tale da raggiungere livelli particolarmente morbosi o comunque tali da compromettere il funzionamento sul piano della sua resa pragmatica la quale è invece da considerare secondo il nostro consulente meno valida proprio a causa delle difficoltà strumentali di memoria e concentrazione che sono state messe in evidenza. Sulla base delle risultanze dell'esame clinico e del test psicometrico il Dr. med. _____ ritiene che le diagnosi formulate sopra siano tali da comportare una incapacità lavorativa psichiatrica non superiore al 30% in qualunque attività lucrativa. Questa riduzione della capacità lavorativa è presente dal momento dell'insorgenza dei problemi cardiovascolari. Le limitazioni funzionali riguardano la minore efficienza, la diminuita resistenza, la difficoltà a contenere le cariche emotive, le difficoltà strumentali negli aspetti procedurali da ricondurre ai problemi di memoria e di concentrazione messi in evidenza. Per quel che riguarda la diversa considerazione dell'incapacità lavorativa rispetto alla valutazione espressa dal Dr. _____, il Dr. med. _____ ritiene meno rilevante sul piano della resa operativa dell'A, la componente strettamente psichiatrica del suo disturbo ovvero la problematica del malessere soggettivo legato al disadattamento mentre ha considerato preponderante a ridurre la capacità lavorativa la componente legata ai deficit cognitivi evidenziati che consistono in difficoltà strumentali di memoria e di concentrazione, difficoltà che hanno inciso sulla capacità di esecuzione dell'A. rendendolo anche più lento. Nella valutazione della capacità lavorativa dell'A, il nostro consulente si è quindi limitato a considerare come inabilitante in misura preponderante la componente cognitiva rispetto a quella psichiatrica dei disturbi dell'A. Riassumendo, sulla base di quanto descritto sopra, dal punto di vista fisico e psichico, l'attuale grado di capacità lavorativa globale nell'attività da ultimo esercitata come esperto fiscale-programmatore è valutata nella misura del 70%. Per quanto riguarda l'evoluzione temporale della limitazione della capacità lavorativa si ritiene di poter confermare quanto descritto dal Servizio Medico Regionale nel suo rapporto del 21.2.2012 e nel progetto di decisione dell'Ufficio AI del Canton Ticino del 23.2.2012 e cioè che l'attività abituale è proponibile in misura nulla dal 3.1.2011, 50% dal 28.1.2011, nulla dal 19.3.2011, 25% dall'1.7.2011, 30% dal 3.10.2011 e nella misura del 70% (come scaturito dalla presente perizia) a partire da febbraio 2012, come pure in una professione adeguata rispettosa delle limitazioni presentate dallo stato di salute.

9 CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE Dal punto di vista cardiologico l'A. è in grado di svolgere altre attività. Egli dispone delle risorse per lo svolgimento di attività professionali con impegno fisico leggero a medio al 100%, questo si riferisce come precedentemente menzionato unicamente all'aspetto cardiologico organico. È invece da considerare non idoneo allo svolgimento di attività professionali con impegno fisico prevalentemente pesante e ripetuto o attività particolarmente pericolose per sé stesso o per gli altri a causa della cardiopatia ischemica. Dal punto di vista endocrinologico il nostro consulente ritiene possibile un'attività professionale in ufficio (su suolo sicuro) nella misura del 100%. Come per tutti i diabetici, è consigliabile però un'attività professionale che: permette di seguire la dieta diabetica e la terapia antidiabetica medicamentosa (insulina); permette l'assunzione di carboidrati a qualsiasi momento ipoglicemico; permette l'autocontrollo glicemico a qualsiasi momento; evita i turni notturni di lavoro; evita delle "ore di punta" di stress; evita il soggiorno nelle zone "insicure" (ponteggi, cantieri, scale ecc.); evita l'uso d'apparecchi "pericolosi" per il paziente o per delle altre persone (gru, macchina, locomotive, aerei, etc.). Anche dal punto di vista ORL non vi sono particolari limitazioni per quanto riguarda altre attività lavorative.

Tenendo in considerazione che dal punto di vista psichiatrico il nostro consulente valuta un'incapacità lavorativa nella misura del 30% in qualunque attività lucrativa, giungiamo alla conclusione che anche in un'altra attività, che tiene in considerazione le limitazioni descritte sopra, la capacità lavorativa globale è da considerare nella misura del 70%, intesa come riduzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata lavorativa, con la stessa evoluzione temporale già descritta nel capitolo precedente. Non sono ritenuti indicati provvedimenti di integrazione professionale: l'A. è tutt'ora attivo nella sua professione. Per quanto riguarda le possibilità terapeutiche il nostro consulente psichiatra ritiene che una condizione clinica come quella dell'A, potrebbe giovare di un apporto psicofarmacologico, in particolare a base di antidepressivi agenti sulla serotonina a profilo ansiolitico. Per la sua struttura di personalità e anche per dichiarata non disponibilità verso un trattamento psicologico una psicoterapia individuale non sembra invece essere indicata in questo caso.” (doc. AI 92) L'Ufficio AI - considerate le risultanze peritali, ritenuto il rapporto finale 19 dicembre 2013 del SMR (doc. AI 94) e le annotazioni dell'8 gennaio 2014 (doc. AI 97), vista la valutazione del consulente in integrazione professionale del 24 luglio 2014, alla luce anche della documentazione economica richiesta all'assicurato (doc. AI 102, 107) - con la decisione impugnata del 3 ottobre 2014 (confermante il progetto di decisione del 22 agosto 2014 dopo esame delle osservazioni formulate dall'assicurato; doc. AI 108), ha nuovamente riconosciuto all'assicurato il diritto a una rendita intera limitatamente al periodo dal 1. gennaio 2012 al 31 maggio 2012, ossia tre mesi dopo l'accertato miglioramento delle condizioni di salute da situare a febbraio 2012 (momento dal quale l'inabilità era da considerare del 30%) e conseguente soppressione della prestazione dal 1. giugno 2012 (art. 88a cpv. 1 OAI). È pure stato confermato il versamento della prestazione unicamente dal 1. febbraio 2012, essendo la domanda stata presentata tardivamente ai sensi dell'art. 29 LAI. In sede ricorsuale l'assicurato contesta nuovamente le conclusioni dell'amministrazione e produce un rapporto medico del dr. _____ del 27 ottobre 2014, il quale, dopo aver riassunto i contenuti della perizia multidisciplinare del SAM e del rapporto del 29 novembre 2013 del dr. _____, afferma tra l'altro quanto segue: " (...) SINTESI E VALUTAZIONE: Mi sia consentito iniziare con qualche considerazione preliminare sulle osservazioni formulate dal Giudice sulla mia perizia e sui miei successivi scritti a complemento, osservazioni che sono all'origine della perizia del dottor _____. La censura più consistente, mi sembra, riguarda l'imprecisione diagnostica. Scrive infatti il Giudice (pagina 14): "...Con pertinenza infatti i medici SMR, nelle loro osservazioni del 5.09., 13.11. e 14.12.2012 hanno fatto rilevare che la perizia del Dr. _____ non è esaustiva... In effetti, la perizia non solo non giunge ad una diagnosi precisa (il perito ritiene non soddisfatti i criteri di un disturbo da stress post-traumatico — ICD-10 F43.1 — ritenendo "più probabile" la diagnosi di sindrome da disadattamento, reazione depressiva prolungata — ICD F42.21 - ; ...), ma nemmeno si esprime con sufficiente chiarezza sul momento in cui è subentrata l'incapacità lavorativa e sull'evoluzione della stessa nel tempo". Al proposito, non mi sembra fuori luogo ricordare il principio giuridico "ad impossibilia nemo tenetur". Il Giudice ritiene non sufficientemente precisa la mia diagnosi (sulla quale mi esprimerò subito) ma lo stesso non fa, a pagina 21, quando ritiene "una diagnosi psichiatrica precisa" quella di "stato ansioso depressivo" formulata a suo tempo dal Dr. _____. Questa formulazione, se indubbiamente sufficiente a motivare l'Ufficio AI (che però non l'ha fatto) a procedere d'ufficio ad accertamenti psichiatrici, è sicuramente più imprecisa della diagnosi differenziale da me proposta, poiché uno "stato ansioso depressivo" può essere presente in una sindrome affettiva vera e propria (ma anche

"sindrome affettiva" - ovviamente - è tutt'altro che una diagnosi precisa dato che, se ci basiamo sull'ICD-10, sono decine le diagnosi raggruppate in questo capitolo) come nelle "sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi" (e anche qui, le "diagnosi precise" in cui uno stato ansioso-depressivo può essere riscontrato sono molte, a prescindere dalla "sindrome mista ansioso-depressiva vera e propria" - F41.2). Le due diagnosi da me evocate, invece, sono collocabili entrambe nel sottocapitolo delle "Reazioni a gravi stress e sindromi da disadattamento" (F43, che comprende soltanto 5 diagnosi principali e 7 specificazioni). Se, anziché prendere in considerazione la diagnosi differenziale tra la "sindrome post-traumatica da stress" e la "sindrome da disadattamento" mi fossi limitato a parlare di "sindrome da disadattamento non specificata F43.9", sarei stato probabilmente "sufficientemente preciso" e, in ogni caso, molto più preciso del Dr. _____, che invece il Giudice ritiene preciso. Capita spesso di non poter inquadrare un quadro clinico in uno dei capitoli dei manuali di riferimento, che sia l'ICD o il DSM, non trovando soddisfatti tutti i criteri diagnostici. La realtà offre regolarmente anche quadri intermedi, sfumati, incompleti oppure complessi, in cui confluiscono sintomi ed aspetti di più disturbi. La diagnosi psichiatrica è spesso una costruzione molto complessa e, se anche spesso corrisponde a criteri molto precisi, talvolta è - almeno entro certi limiti - frutto dell'interpretazione che il clinico ne dà. ICD e DSM, così come le altre, poco note o superate, classificazioni, mirano ad un orientamento consensuale, all'intersoggettività, ma non pretendono di esaurire tutte le possibili varianti della psicopatologia. Non per nulla sia l'ICD che il DSM contengono delle diagnosi "precise" come - ad esempio - "Sindrome affettiva non specificata", "altre sindromi affettive", "disturbo di personalità non specificato", ecc. Probabilmente, sarebbe bastato utilizzare la diagnosi più generica per apparire (apparire!) preciso. Altro punto "impossibile" è precisare l'insorgenza dell'incapacità lavorativa per motivi psichiatrici. Una cosa, tuttavia, dovrebbe essere chiarissima: la patologia psichica è insorta (ovviamente sulla base della preesistente struttura di personalità) dopo gli eventi cardiaci. Ma persino per questi impossibile una datazione sicura, dato che l'infarto ha potuto essere collocato temporalmente solo approssimativamente, tra gennaio e marzo 2011. La patologia psichica si è andata sviluppando gradualmente (probabilmente in modo abbastanza rapido) nelle settimane successive all'evento acuto ma è rimasta mascherata dal fatto che il signor RI 1 non doveva lavorare ed era comunque ritenuto inabile al lavoro per ragioni somatiche. Precisare a partire da quando la sua incapacità lavorativa fosse dovuta anche a motivi psichici mi sembra impossibile, anche se ritengo che ciò debba collocarsi diversi mesi prima del 6.09.2011, data in cui il Dr. _____ attesta disturbi di concentrazione invalidanti. Un'ulteriore censura, formulata a pagina 15, riguarda "...la questione dell'efficacia di eventuali trattamenti terapeutici, le argomentazioni addotte dallo specialista negli scritti 28.09. e 26.11.2012 ...essendo in proposito bisognose di ulteriore approfondimento. Nel caso concreto, il Dr. _____ ha in effetti ammesso la possibilità di intraprendere una farmacoterapia con un medicamento ansiolitico/antidepressivo come potrebbe essere un inibitore selettivo della ricattura della serotonina... Deve pure essere rivalutata la possibilità dell'esigibilità di una psicoterapia." Mi sembrava di essermi espresso in modo sufficientemente chiaro, in perizia e negli scritti successivi, ma evidentemente questa non è che una mia soggettiva impressione. Imporre un trattamento farmacologico contro la volontà del paziente è, oltre che giuridicamente ed eticamente proponibile solo in situazione particolari quali il ricovero coattivo o le misure terapeutiche ambulatoriali ordinate dal Tribunale o dall'Autorità di protezione, praticamente non effettuabile in un paziente che non

venga (né possa essere) controllato continuamente affinché assuma i farmaci prescritti. Per ragioni radicate nella sua struttura di personalità (potremmo anche parlare di una strisciante, subclinica psicopatologia) il signor RI 1 non è disposto ad assumere psicofarmaci. La questione della potenziale efficacia di un farmaco serotoninergico (come io avevo indicato) si poneva dunque sì, nel caso del signor RI 1, ma quale ipotesi teorica, poiché nella pratica non realizzabile. Analoghe considerazioni valgono (e ancor più) per la psicoterapia che, in una situazione come questa, sicuramente non può essere ordinata contro la volontà dell'interessato (e si sa quanto difficile sia effettuare una psicoterapia imposta, come insegna l'esperienza in ambito penale). Rispetto al momento della prima valutazione, il sig. RI 1 presenta ora, sia soggettivamente che oggettivamente, un lieve e non omogeneo miglioramento. Egli è stato valutato, nel novembre dello scorso anno, dal Dr. med.

_____, con la collaborazione dello psicologo sig. _____. A proposito delle loro conclusioni, in parte condivisibili, è opportuna qualche precisazione. 1) Rispetto a quella da me fatta effettuare nel 2012, la batteria di test presentata è molto ridotta. I risultati della "WAIS" sono solo approssimativamente sovrapponibili allo stesso test del 2012 e al retesting parziale ("Test di performance") effettuato per questa rivalutazione dalla sig.a _____. Tanto i QI misurati quanto i risultati parziali ai subtest risultano divergenti, anche se tutte le valutazioni confermano la presenza di difficoltà cognitive soprattutto nell'ambito della concentrazione e della memoria. Nei test da noi effettuati, tuttavia, esse risultano più importanti di quanto osservato dal sig. _____. Si deve concludere per la presenza di significative fluttuazioni (al ribasso rispetto a quanto osservato dal sig.

_____) di funzioni cognitive comunque limitate patologicamente anche nei momenti favorevoli (come probabilmente è stato quello del test da parte del sig. _____). Ne è conferma il test della figura complessa di Rey, in cui — pur sempre con risultati patologici — il sig. RI 1 mostra un importante miglioramento nella seconda "copia". Lo stesso signor RI 1 conferma che fluttuazioni importanti del suo stato si presentano. 2) La mia perizia del 2012 aveva messo in evidenza, e sottolineato a più riprese, la struttura di personalità "rigida", dall'emotività coartata, "alessitimica", del sig. RI 1. Verosimile che essa si rifletta, oltre che sulla sua capacità di riconoscere i propri sentimenti, sul suo comportamento "irritabile" (tanto da aver perso alcuni clienti), notato dal Dr. _____ nello "Status"; soprattutto, però, esso incide sulla disponibilità a sottoporsi a terapia; anche il Dr.

_____ riconosce che i presupposti per una psicoterapia non sono presenti. Su un eventuale trattamento farmacologico, ci può essere consenso, ma solo se il sig. RI 1 sarà disposto ad assumerlo. Inoltre, data la predominanza (forse più apparente che reale — v. sotto) dei problemi cognitivi su quelli "umoral", non è detto che un antidepressivo "ad azione duale" non sia preferibile a un serotoninergico; ma questa è una questione "tecnica" di cui non è il caso di occuparsi in questa sede. Come dicevo, l'importanza degli aspetti cognitivi potrebbe essere relativamente minore di quanto appaia; infatti, il test di Rorschach effettuato dal sig. _____ segnala una problematica di personalità narcisistica (non dissimile, seppur formulata diversamente, da quella di "struttura limite di livello superiore" della mia perizia del 2012), che trova conferma dei due "Esperimenti di Associazione verbale" somministrati, nel 2012 e ora, dal Dr. _____. Essi sono perfettamente congruenti fra di loro e riflettono il miglioramento soggettivo dichiarato dal sig. RI 1. Il test più recente, però, conferma la presenza di una struttura ampiamente complessuale, ansiosa (forse su base post-traumatica) e insicura, ancora preoccupata dalla paura di morte. Tutto ciò indica in modo chiaro che una componente affettiva (ansioso-depressiva) presente e ben attiva, e va ad affiancare quella cognitiva - se non

addirittura a metterla in secondo piano (va ricordato però, a questo proposito, che ogni depressione ha implicazioni sul piano cognitivo, implicazioni che spesso vengono sottovalutate sia dal paziente che dai medici; nel caso in esame, sembra verificarsi il caso opposto: il sig. RI 1, infatti, riconosce i propri problemi di memoria e concentrazione, ma non quelli di ansia e insicurezza - alessitimia, appunto. Ricordo che i tratti alessitimici, ma anche - e soprattutto - quelli "oppositivi" erano emersi nella perizia del 2012 in tutti i test proiettivi, soprattutto nel "TAT" e nell'Esperimento Associativo; ora si sono riconfermati e si "leggono tra le righe" anche nel Rorschach del sig. _____, laddove il sig. RI 1 fornisce solo poche e banali risposte). 3) Il Dr. _____ valuta l'attuale capacità di lavoro del sig. RI 1 al 70%. L'aggettivo "attuale" compare in due punti della perizia pluridisciplinare. Ma da questa "attualità" (che peraltro contesto) non si può concludere che già dall'inizio dei disturbi psichici (che sono fatti risalire all'inizio dei problemi cardiaci - e in ciò sono d'accordo con il collega) il sig. RI 1 fosse abile al lavoro in quella misura. Il sig. RI 1, infatti, fa risalire un suo netto miglioramento solo ai primi mesi di quest'anno; e - nonostante detto miglioramento - ancor oggi constatiamo deficit cognitivi (per non ripetere quanto detto a proposito degli aspetti affettivi) rilevanti, tanto che nel test della figura complessa di Rey i risultati sono oggi peggiori (e non di poco) di due anni or sono (cosa forse - lo si spera - attribuibile a una fluttuazione in senso negativo, ma certo non dimostrativa di un miglioramento importante). Mi chiedo perciò come abbia potuto il collega valutare retrospettivamente un'incapacità lavorativa così bassa, quando ancor oggi tutti gli indizi segnalano limiti importanti e dopo che lui stesso, nelle sue conclusioni, riconosce i "problemi di tenuta generale e di resistenza allo sforzo prolungato". Come avevo detto nella mia perizia del 2012, un miglioramento non era escluso, in tempi lunghi; e fortunatamente c'è stato. Lo stesso Dr. _____ ritiene che un ulteriore progresso sia improbabile. In questo concordo con lui, così come nella diagnosi - da me già formulata nel 2012 - di "Sindrome da disadattamento, reazione depressiva prolungata, F43.21". Mi discosto invece nettamente nella valutazione del grado di incapacità, e ritengo che il Dr. _____ non abbia motivato a sufficienza le sue conclusioni, fondate su un apprezzamento troppo selettivo dei (pur rilevanti) problemi cognitivi a discapito di quelli affettivi (depressività, ansia, pessimismo, irritabilità, impulsività) e su una testistica troppo limitata. A mio avviso, anche ammettendo che - nei momenti migliori - la capacità lavorativa del sig. RI 1 sia del 70%, ciò vale solo da pochi mesi, e solo con stretti limiti temporali. Dall'inizio dei problemi cardiaci (al più tardi marzo 2011) sino a (al più presto) marzo 2014, la capacità lavorativa del sig. RI 1 era decisamente inferiore. Nel luglio 2012 l'avevo valutata dello 0%, (30% in "compiti minori") prospettando una rivalutazione non prima che fosse trascorso un anno. In realtà, ne sono ormai trascorsi oltre due e la mia valutazione attuale è di una capacità di lavoro qualitativamente al 70% (nell'ipotesi ottimistica che davvero, quando lavora, il sig. RI 1 sia sempre al massimo delle sue capacità cognitive e non presenti le fluttuazioni che emergono dal confronto tra i subtest della WAIS o i deficit della Figura Complessa e che l'assetto complessuale della sua personalità non interferisca col funzionamento lavorativo globale) per sei ore di lavoro al giorno, ciò che porta a una capacità di lavoro tra il 50 e il 55%, e a una inferiore inferiore nell'ipotesi (a mio avviso molto più realistica) di fluttuazioni che riducano la capacità qualitativa a livelli inferiori, al 60 o al 50%. In conclusione, se non ho critiche da fare alle conclusioni diagnostiche, devo discostarmi dal collega _____ sulla sua valutazione della residua capacità lavorativa. Essa non supera, né ha mai superato, il 50%; rispetto alla mia valutazione del 2012, un miglioramento è sopravvenuto lentamente, ma solo nei primi mesi

di quest'anno è diventato significativo. Un ulteriore miglioramento, sempre in tempi lunghi, non è escluso, ma a questo riguardo condivido il pessimismo del collega _____.”

(doc. A3) Il rapporto del dr. _____ è stato sottoposto al SMR, il quale, con annotazione 17 novembre 2014, sottoscritta dal dr. _____ e dalla dr.ssa _____, psichiatra, ha osservato: " Per quanto concerne l'inabilità lavorativa per motivi somatici si rimanda alla nota SMR del 5.9.2012. L'assicurato ha presentato una IL per motivi somatici da 3.1.2011. Il 28.3.2011 l'assicurato è stato sottoposto a bypass 4-uplo il 28.3.2011. Come stabilito dal perito dr. _____ l'inabilità lavorativa per motivi cardiologici in pratica è terminata dopo un adeguato periodo di convalescenza dopo l'operazione di bypass AC, quindi a più tardi da autunno 2011 l'assicurato era abile in misura completa dal punto di vista cardiologico. Le fluttuazioni della CL certificate dopo il termine della convalescenza e febbraio 2012 non si basano su problematiche fisiche oggettivamente allora presenti. In assenza del riscontro d'una patologia fisica limitante oggettivamente in sede peritale non è possibile riconoscere un rendimento ridotto nello svolgimento dell'abituale e adatta attività. Perizia Dr _____ 29.11.2013 Rileva in base alla testistica a cui l'A è stato sottoposto una compromissione della memoria, della concentrazione e della esecuzione dove si è palesata una particolare lentezza. Ritiene inoltre che vi sia una struttura di personalità narcisistica accompagnata da umoralità depressiva. In base alle sue osservazioni associa alla diagnosi di una S da disadattamento quella di struttura di personalità narcisistica e di indebolimento mentale lieve, sottolineando come le turbe della memoria e della concentrazione rendono difficoltosa l'operatività dell'A negli aspetti procedurali. Conclude con II 30% e argomenta la percentuale diversa di II rispetto alla precedente valutazione del .Dr _____, ritenendo meno rilevante sul piano della resa operativa la componente strettamente psichiatrica del suo disturbo ovvero la problematica del malessere soggettivo legato al disadattamento mentre ha considerato preponderante a ridurre la CL la componente legata ai deficit cognitivi evidenziati. La valutazione attuale del Dr. _____ sostiene per un miglioramento dell'aspetto affettivo sia soggettivo che oggettivo, concorda con le diagnosi espresse dal Dr. _____ ma non sulla IL rilevata, tuttavia non vi sono argomentazioni che permettano di discostarsi dalla perizia multidisciplinare visto anche il decorso favorevole. Si segnala che l'A non è attualmente in cura farmacologica (mentre una psicoterapia viene ritenuta dal Dr. _____ non indicata) nonostante non vi siano motivi medici per cui non si sottoponga.” (doc. IV/1)

2.5. 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). 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 d'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). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. 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). In una sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009, pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Tuttavia, nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 con riferimenti (in particolare alla DTF 139 V 225 e 135 V 465) 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, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2014, ad 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). 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).

2.6. Un danno alla salute psichica può portare ad un'invalidità se esso è di gravità tale da

non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro (DTF 127 V 298 consid. 4c). Al riguardo l'Alta Corte ha sottolineato che: " (...) 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). (...) " (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2). In particolare, secondo la giurisprudenza del TF, un disturbo somatoforme da dolore persistente non è di regola atto, in quanto tale, a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettiva di cagionare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI. A determinate condizioni tale disturbo può causare un'incapacità lavorativa e spetta comunque allo specialista psichiatrico nell'ambito di una classificazione riconosciuta pronunciarsi sulla gravità dell'affezione, rispettivamente sull'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato. Nella DTF 130 V 352 (confermata in DTF 136 V 281 consid. 3.2.1 e 131 V 49 e nelle STF 9_C 830/2007 del 29 luglio 2008 e 9C_959/2009, 9C_995/2009 del 19 febbraio 2010), l'Alta Corte ha precisato che un'inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una morbosità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri. Tali criteri sono (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, indicante simultaneamente l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") ed, infine, (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (DTF 130 V 354 consid. 2.2.3; STFA inedita 28 maggio 2004 in re B, I 702/03 consid. 5 e del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; Pratique VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in: Schaffhauser/Schlauri [editori], *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.). L'Alta Corte, nella DTF 131 V 49, 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 (v. 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). Questa giurisprudenza è stata estesa anche al caso della fibromialgia (STFA I 873/05 del 19 maggio 2006) e, nella DTF 137 V 64, oltre ad estenderla anche all'ipersonnia (sonnolenza diurna), patologia che rientra nel quadro dei disturbi privi di sostrato organico oggettivamente non chiari dal profilo patogenetico ed eziologico, l'Alta si è così espressa: " (...) 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 hievor dargelegten Rechtsprechung beurteilt, ob eine spezifische unzufällige HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt. (...)" (DTF 137 V 64, consid. 4.2, pag. 68) Va qui evidenziato che il TF, nella STF 9C_492/2014 del 3 giugno 2015 pubblicata in DTF 141 V 281, 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) stabilendo in sostanza che 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. L'Alta Corte ha in particolare stabilito che la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata. Infine, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. DTF 127 V 294). L'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito 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. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita 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 psicosociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.7. Ritornando al caso concreto, dopo attento esame della documentazione agli atti, questo TCA può sostanzialmente confermare l'operato dell'Ufficio AI per i seguenti motivi. Come è stato anticipato, in occasione dell'evasione della domanda di prestazioni, l'amministrazione, esaminati i certificati del dr. _____, della dr.ssa _____ del servizio di cardiologia dell'Ospedale _____, si è sostanzialmente basato sulle conclusioni dell' _____, assicuratore malattia, il quale ha riconosciuto all'interessato un'inabilità totale dal 3 gennaio 2011, del 50% dal 28 gennaio 2011, nuovamente totale dal 19 marzo 2011, del 75% dal 1. luglio 2011 e del 70% dal 3 ottobre 2011 (doc. AI 19). Alla luce della certificazione del dr. _____ - specialista in cardiologia che aveva regolarmente seguito l'assicurato nel periodo postoperatorio -, del 6 febbraio 2012 (con la quale è stata certificata la ripresa dell'abilità piena, doc. AI 25) e del rapporto finale del 21 febbraio 2012 del SMR, l'amministrazione, poste le diagnosi invalidanti di " Lesioni significative al tronco comune del ramo circonflesso e della coronarica dx" , ha concluso per un'inabilità lavorativa quale fiduciario dal 3 gennaio 2011, del 50% dal 28 gennaio 2011, nuovamente totale dal 19 marzo 2011, del 75% dal 1. luglio 2011 e del 70% dal 3 ottobre 2011 e nulla dal 21 febbraio 2012, ammettendo quindi un miglioramento sostanziale della situazione nel febbraio 2012, con la conseguente attribuzione di una rendita intera limitatamente al periodo dal 1. gennaio al 31 maggio 2012 (3 mesi dal miglioramento situato al febbraio 2012, art. 88 cpv. 1 OAI) con un grado del 70%, ritenuto tuttavia che, essendo la domanda stata presentata tardivamente, il versamento decorreva unicamente dal 1. febbraio 2012 (ossia sei mesi dopo l'inoltro della richiesta del 26 agosto 2011 - art. 29 cpv. 1 LAI) (doc. AI 29/2-3). Secondo l'amministrazione l'attività abituale quale esperto fiscale/programmatore era quella più adatta al suo stato di salute ed era proponibile nelle menzionate percentuali (e in misura completa dal febbraio 2012); inoltre anche in una professione adeguata, ossia rispettosa delle limitazioni funzionali (carico massimo senza limitazioni sino a kg 10, alternanza della postura al bisogno, lavori leggeri per evitare sovraccarichi cardiaci) andava ammessa una ritrovata capacità piena dal febbraio 2012 (doc. AI 29/2-3). Di fronte al TCA, il ricorrente ha prodotto un referto 20 aprile 2012 del dr. _____, internista, il quale aveva attestato all'attenzione dell'assicuratore di indennità giornaliera di malattia il perdurare di un'inabilità lavorativa del 70% per le patologie cardiologiche (doc. AI 47-38). Inoltre attestazioni del dr. _____, il quale aveva essenzialmente certificato una totale inabilità lavorativa come fiduciario per le diagnosi psichiatriche di " Disturbo da Stress Posttraumatico (ICD-10 F43.1), oppure "solo" (e più probabilmente) di una "Sindrome da Disadattamento, reazione depressiva prolungata", ICD-10 F43.21". A seguito della decisione del TCA del 3 maggio 2013 e il conseguente rinvio atti, l'amministrazione ha dato mandato al SAM di esperire una perizia multidisciplinare, confluita nel rapporto peritale del 12 dicembre 2013. Ora, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici e in particolare le STF 9C_87/2011 del 1. settembre 2011 e 9C_120/2011 del 25 luglio 2011 per quanto riguarda le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale, questo TCA non ha motivi che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono giunti i periti del SAM nel loro rapporto 12 dicembre 2013 allestito dalla dr.ssa _____ e dal dr. _____, internisti, facendo capo a quattro consultazioni specialistiche esterne d'ordine psichiatrico

(dr. _____), cardiologico (dr. _____), endocrinologico (dr. _____) e otorinolaringoiatrico (dr. _____). Valutati i dati soggettivi ed obiettivi, riportate le diagnosi con e senza influenza sulla capacità lavorativa, il SAM ha proceduto alla discussione dei dati medici, tenendo conto sia delle valutazioni specialistiche esterne che degli accertamenti eseguiti durante la permanenza dell'assicurato presso il centro peritale (nei giorni 16, 21, 23, 24 e 29 ottobre e 6 novembre 2013). Essi sono quindi giunti ad una conclusione logica e priva di contraddizioni che stabilisce un'abilità lavorativa nella precedente attività svolta quale fiduciario del 70%, così come in attività compatibili alle raccomandazioni poste dal perito endocrinologo. In particolare, i periti hanno approfonditamente esposto che le limitazioni erano da ricondurre alla sola problematica psichiatrica, mentre che sul piano cardiologico, otorinolaringoiatrico e endocrinologico non vi era alcuna diminuzione della capacità lavorativa. I periti e i consulenti si sono espressi su tutte le patologie lamentate dall'assicurato, hanno esaminato accuratamente tutta la documentazione messa loro a disposizione e hanno valutato la capacità lavorativa dell'insorgente sulla base delle indicazioni risultanti dalle visite effettuate presso il SAM. Al referto va pertanto attribuita piena forza probante. Più precisamente, per quanto riguarda innanzitutto la situazione cardiologica, l'assicurato è stato peritato dal dr. _____, il quale, dopo aver descritto l'anamnesi, lo stato clinico e gli esami effettuati, ha posto le diagnosi di “ Malattia coronarica multivasale con stato dopo infarto antero-apicale, stato dopo bypass aorto-coronarico multiplo (28.3.2011) con mammaria sin, su primo e secondo posterolaterale, mammaria ds. su discendente anteriore, vena su interventricolare posteriore” . Definivo favorevole il decorso dopo l'intervento di rivascolarizzazione coronarica del 2011, senza recidiva di angina pectoris e sintomi cardiaci specifici, ha rilevato che oggettivamente vi era una leggera disfunzione ventricolare sin, su esiti di infarto anteroapicale sottoendocardico (FE ca. 50%), non invece segni elettrocardiografici di ischemia da stress. La situazione era quindi da considerare soddisfacente. Dal punto di vista terapeutico il perito ha posto dei suggerimenti sul piano farmacologico (sostituzione di un antiaggregante, introduzione di un inibitore dell'enzima di conversione e eventualmente un betabloccante al posto del calcioantagonista). Per quanto riferito alla capacità lavorativa, ha concluso che i fattori limitanti a livello professionale riferiti dal paziente, di professione esperto fiscale/programmatore e titolare di uno studio fiduciario con diversi dipendenti, erano la mancanza di concentrazione, l'insofferenza, il nervosismo e la stanchezza psicofisica, il tutto insorto da gennaio 2011. A parere del cardiologo tuttavia dal punto di vista strettamente cardiaco, non vi erano fattori limitanti per la professione svolta, per la quale era da considerare idoneo al 100% così come anche in altre attività professionali con impegno fisico da leggero a medio e non particolarmente pericolose per sé stesso o per gli altri (a causa della cardiopatia ischemica). Quanto all'aspetto endocrinologico, il dr. _____ ha pure escluso la presenza di diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa, essendo rilevabili le diagnosi di diabete mellito tipo 2B insulino richiedente al luglio 2013, con sovrappeso (BMI 27.44 kg/m²), polineuropatia di moderata intensità. Lo specialista, eseguito uno status attento, e valutato il dossier internistico, con gli esami di laboratorio, ha rilevato come il paziente, affetto da diabete mellito di tipo 2B, trattato da pochi mesi anche con dell'insulina, con uno scompenso iperglicemico cronico e emoglobina glicata elevata, oltre a una minima elevazione della Creatinina e una minima riduzione dello TSH in presenza di parametri periferici sempre nella norma (= ipertireosi subclinica e di conseguenza asintomatica), segnalava alla visita clinica una minima riduzione della pallestesia, compatibile con una polineuropatia incipiente. Ritenuto come con la terapia

antidiabetica attuale il diabete appariva ben controllabile, il consulente ha concluso per una piena capacità lavorativa nell'attività svolta in ufficio (su suolo sicuro). Quale limitazione ha unicamente sottolineato che per il paziente, come per tutti i diabetici, era consigliabile però un'attività professionale che: permetta di seguire la dieta diabetica e la terapia antidiabetica medicamentosa (insulina); permette l'assunzione di carboidrati a qualsiasi momento ipoglicemico; permette l'autocontrollo glicemico a qualsiasi momento; evita i turni notturni di lavoro; evita delle "ore di punta" di stress; evita il soggiorno nelle zone "insicure" (ponteggi, cantieri, scale ecc.); evita l'uso d'apparecchi "pericolosi" per il paziente o per delle altre persone (gru, macchina, locomotive, aerei, etc.). Ciò premesso, egli ha concluso che l'attività professionale svolta di consulente fiscale corrispondeva perfettamente a queste esigenze. Per quanto riferito alla problematica otorinolaringoiatrica, l'assicurato è stato valutato dallo specialista dr. _____, il quale, ricordato come la problematica dell'abbassamento della voce fosse esordita dopo l'intervento cardiaco del 2011, e come la situazione fosse nel tempo migliorata, dopo aver descritto nel dettaglio lo stato ORL, ha posto la diagnosi di un'ipofonia intermittente funzionale su discreto edema di Reinke ritenendo che tale patologia non avesse un influsso sulla capacità lavorativa, valutata pertanto nella misura del 100%. La prognosi è stata definita buona suggerendo l'effettuazione di sedute d'ortofonia per impostare la voce. Quanto infine alla valutazione psichiatrica, il ricorrente è stato peritato dal dr. _____, il quale ha effettuato due consulti in data 23 ottobre e 6 novembre 2013 e si è avvalso anche del rapporto dello psicologo _____ del 23 ottobre 2013 sulla base di una valutazione diagnostica di personalità tramite test di Rorschach e valutazione cognitiva tramite Wechsler-Bellevue. Sono pure state adeguatamente valutate le precedenti valutazioni rese dal dr. _____. Il perito, dopo aver effettuato una dettagliata anamnesi, con la quale ha rilevato che l'assicurato non era mai stato seguito a livello specialistico né riteneva di essere affetto da disturbi psichici o turbe della personalità particolari, ha illustrato che attualmente egli metteva in primo piano le sue difficoltà ad intrattenere rapporti di lavoro con i clienti e nel riuscire a mantenere a freno i propri nervi trovandosi di fronte a problemi complessi da risolvere o più semplicemente allorquando gli venivano rivolte delle domande o poste delle richieste impegnative dal punto di vista dell'attenzione e della concentrazione che riteneva essere diventate piuttosto deficitarie. Non segnalava per contro la presenza di altri disturbi riguardanti la sfera psicologica e mentale. Il dr. _____, dopo aver descritto le constatazioni obiettive sul piano psicopatologico ed aver preso atto del rapporto psicologico stilato dallo psicologo _____, ha posto le diagnosi di "sindrome da disadattamento con reazione depressiva prolungata", in una "struttura di personalità narcisistica e di un indebolimento cognitivo lieve" e ha concluso valutando il grado di capacità lavorativa nella misura del 70% in qualunque attività lucrativa, questo dall'insorgenza delle problematiche cardiache. Più precisamente, il perito ha rilevato che l'assicurato, dopo aver accusato i problemi cardiaci e l'intervento cardiocirurgico, ha cominciato a palesare i problemi di tenuta generale e di resistenza allo sforzo prolungato nel tempo che lo hanno portato a riprendere solamente in misura parziale la sua attività lavorativa mostrando tra l'altro delle difficoltà ad eseguire e a portare a termine con successo compiti che richiedevano un maggiore impegno e coinvolgimento a causa soprattutto della presenza di deficit cognitivi più qualitativi che quantitativi come quelli che sono stati tra l'altro messi in evidenza dal test psicometrico eseguito dallo psicologo _____ con compromissioni a livello della memoria, della concentrazione e dell'esecuzione dove si è palesata una particolare lentezza. Dal lato della diagnostica della

personalità vi era infatti un disturbo del narcisismo accompagnato da un'umoralità depressiva, mentre su quello della funzionalità strumentale emergevano le turbe della memoria e della concentrazione che rendevano evidentemente difficoltosa l'operatività negli aspetti procedurali. Andava quindi posta anche la diagnosi di struttura di personalità narcisistica da situare ad un livello di sviluppo sicuramente meno funzionale di quello in atto prima dell'insorgenza dei problemi cardiovascolari ma non tale da raggiungere livelli tali da compromettere il funzionamento sul piano della sua resa pragmatica. Le conclusioni del perito si sono fondate anche da un attento esame del test psicométrico dello psicologo _____.

Questa riduzione della capacità lavorativa era presente, secondo il perito, dal momento dell'insorgenza dei problemi cardiovascolari. Le limitazioni funzionali in ambito professionale riguardavano la minore efficienza, la diminuita resistenza, la difficoltà a contenere le cariche emotive, le difficoltà strumentali negli aspetti procedurali da ricondurre ai problemi di memoria e di concentrazione. Con pertinenza il SAM, preso atto dei vari consulti ed eseguita una discussione pluridisciplinare di consenso, ha quindi concluso che la capacità lavorativa nell'attività svolta di esperto-fiscale-programmatore era da considerare ridotta nella misura del 30% a causa delle affezioni nella sfera psichica (segnatamente per la presenza di una sindrome da disadattamento con reazione depressiva prolungata, una struttura di personalità narcisistica ed un indebolimento cognitivo lieve), l'imitazione intesa come riduzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata lavorativa. Dal punto di vista cardiologico, ORL ed endocrinologico, non vi erano per contro limitazioni della capacità lavorativa. Per quanto riferito ad altre attività lavorative, secondo i periti, mentre per l'aspetto cardiologico l'assicurato era in grado di svolgere anche altre attività con impegno fisico da leggero a medio e non particolarmente pericolose, dal punto di vista endocrinologico era preferibile un'attività professionale in ufficio (su suolo sicuro) che gli permettesse di seguire la dieta diabetica e la terapia antidiabetica medicamentosa (insulina), l'assunzione di carboidrati a qualsiasi momento ipoglicemico, l'autocontrollo glicemico a qualsiasi momento, e di evitare i turni notturni di lavoro e "ore di punta" di stress. Anche dal punto di vista ORL non vi erano particolari limitazioni per quanto riguardava altre attività lavorative. Ne discendeva che anche in un'altra attività, tenente in considerazione tali limitazioni, la capacità lavorativa globale era da considerare del 70%, sempre intesa come riduzione del rendimento sull'arco di una giornata lavorativa. Con riferimento all'evoluzione temporale della limitazione della capacità lavorativa, secondo il SAM andava sostanzialmente confermato quanto descritto dal SMR nel suo rapporto del 21 febbraio 2012 e nel progetto di decisione dell'Ufficio AI del Canton Ticino del 23 febbraio 2012 e cioè che l'attività abituale era proponibile in misura nulla dal 3 gennaio 2011, 50% dal 28 gennaio 2011, nulla dal 19 marzo 2011, 25% dall'1.luglio 2011, 30% dal 3 ottobre 2011 e nella misura del 70% (come scaturito dalla perizia) a partire da febbraio 2012, come pure in una professione adeguata rispettosa delle limitazioni presentate dallo stato di salute. Quanto alle possibilità terapeutiche, il SAM ha osservato infine che secondo il consulente psichiatra era consigliabile un apporto psicofarmacologico, in particolare a base di antidepressivi agenti sulla serotonina a profilo ansiolitico. Per la sua struttura di personalità e anche per dichiarata non disponibilità verso un trattamento psicologico una psicoterapia individuale non sembrava invece indicata. A tali conclusioni, fatte proprie anche dal SMR nel rapporto finale del 19 dicembre 2013 (doc. AI 94), si deve aderire, ritenuto altresì come la dettagliata ed approfondita valutazione eseguita dal SAM non sia stata validamente smentita da altra documentazione medico-specialistica in grado di attestare in modo convincente nuove affezioni o una diversa valenza delle patologie diagnosticcate, come verrà

esposto nei considerandi che seguono. 2.8. Nel suo gravame il ricorrente contesta le conclusioni dell'amministrazione, avvalendosi segnatamente di un nuovo referto del dr. _____ del 27 ottobre 2014, il quale si distanzia dalle conclusioni della perizia SAM non tanto riguardo alle diagnosi, che condivide, ma piuttosto quanto all'incidenza sulla capacità lavorativa attribuita alle problematiche psichiatriche. Dopo attento esame, questo Tribunale ritiene tuttavia che la documentazione medica prodotta, segnatamente lo scritto del dr. _____, non possa sostanziare una diversa o maggiore inabilità lavorativa rispettivamente sovvertire le conclusioni peritali, poiché contempla in sostanza una descrizione delle patologie già note e prese in considerazione nel referto del SAM, ma non apporta particolari elementi di novità atti a sovvertire la completa perizia del SAM. La valutazione del perito di parte costituisce in definitiva un diverso apprezzamento della capacità lavorativa del medesimo quadro clinico e diagnostico.

2.8.1. Per quanto concerne innanzitutto le censure concernenti le conclusioni del perito dr. _____, questo TCA osserva quanto segue. Innanzitutto a torto il ricorrente sostiene che il perito psichiatra non si sarebbe espresso sulle precedenti valutazioni del dr. _____, segnatamente il rapporto del 10 luglio 2012 e i successivi complementi del 28 settembre e 26 novembre 2012 (doc. AI 47-43, 52-13, 60-9). In proposito deve essere osservato che il dr. _____, nel suo referto del 29 novembre 2013 allestito su incarico del SAM, ha eseguito un approfondito esame, avvalendosi non solo di un accurato esame clinico, ma anche del test psicometrico e del rapporto psicologico del 23 ottobre 2013 dello psicologo _____. Diagnosticata una sindrome da disadattamento con reazione depressiva prolungata, una struttura di personalità narcisistica ed un indebolimento cognitivo lieve, ha esposto come l'assicurato, dopo aver accusato i problemi cardiaci, aveva cominciato a palesare i problemi di tenuta generale e di resistenza allo sforzo mostrando tra l'altro delle difficoltà ad eseguire e a portare a termine con successo compiti a causa soprattutto della presenza di deficit cognitivi (più qualitativi che quantitativi) come quelli messi in evidenza dal test psicometrico, con compromissioni a livello della memoria, della concentrazione e della lentezza nell'esecuzione. Il perito ha altresì osservato che messi in parallelo gli stessi esami testistici eseguiti da esaminatori distinti si giungeva ad un inquadramento nosografico sovrapponibile. Dal lato della diagnostica della personalità vi era infatti un disturbo del narcisismo accompagnato da un'umoralità depressiva, mentre sul piano della funzionalità strumentale emergevano le turbe della memoria e della concentrazione che rendevano evidentemente difficoltosa la sua operatività, negli aspetti procedurali. Con riferimento alle conclusioni del collega _____, il dr. _____ ha osservato che alla diagnosi di sindrome da disadattamento con reazione depressiva prolungata da lui formulata, andava quindi affiancata quella di struttura di personalità narcisistica da situare ad un livello di sviluppo sicuramente meno funzionale di quello in atto prima dell'insorgenza dei problemi cardiovascolari, ma non tale da raggiungere livelli particolarmente morbosi o comunque tali da compromettere il funzionamento sul piano della sua resa pragmatica. Quest'ultima, secondo il dr. _____, era invece da considerare meno valida a causa delle difficoltà strumentali di memoria e concentrazione messe in evidenza. Per quel che riguardava la diversa considerazione dell'incapacità lavorativa rispetto alla valutazione espressa dal dr. _____, il dr. _____ l'ha sostanzialmente e implicitamente ricondotta alla diversa presa in considerazione delle componenti strettamente psichiatriche del suo disturbo e quelle legate ai deficit cognitivi. Egli ha in effetti ritenuto meno rilevante sul piano della resa operativa dell'assicurato la componente strettamente psichiatrica del suo disturbo (ovvero la problematica del malessere soggettivo legato al disadattamento), mentre ha

considerato preponderante a ridurre la capacità lavorativa la componente legata ai deficit cognitivi evidenziati, consistenti, come detto, in difficoltà strumentali di memoria e di concentrazione. Nella valutazione della capacità lavorativa il perito ha quindi considerato come soprattutto inabilitante la componente cognitiva rispetto a quella psichiatrica dei disturbi. Da qui, sostanzialmente, un diverso apprezzamento dell'incidenza sulla capacità lavorativa. A queste conclusioni, ben motivate e frutto di un'attenta analisi, questo Tribunale ritiene di dover aderire, rilevato altresì che nel suo ricorso l'interessato non abbia apportato elementi che permettano di farle apparire non adeguate. Del resto, con riferimento alla conclusione in merito ad una maggior valenza invalidante delle patologie tratta dal dr. _____ rispetto a quella del dr. _____, occorre pure ricordare che in relazione alla prima perizia del dr. _____ del 10 luglio 2012 (con la quale il perito attestava un'inabilità lavorativa totale; doc. AI 47-42) il SMR (dr. _____ e dr.ssa _____, quest'ultima specializzata in psichiatria) nell'annotazione del 13 novembre 2012 aveva già avuto modo di osservare che nella sua perizia il dr. _____ stesso aveva osservato che non erano soddisfatti i criteri di un vero e proprio disturbo da stress posttraumatico, ma "solo" di una probabile sindrome da disadattamento, reazione depressiva prolungata, ritenuto come il disturbo da disadattamento non raggiungeva i criteri di intensità per un disturbo affettivo F30, F39, trattandosi di uno stato depressivo lieve. Quanto d'altra parte all'allegazione per cui la perizia non si pronuncerebbe sull'inizio effettivo dell'inabilità psichiatrica, va rilevato che in realtà il dr. _____ ha concluso che la stessa sarebbe da ricondurre al momento dell'insorgenza delle problematiche cardiache, conclusione questa condivisa anche dal dr. _____, il quale pure ha affermato che la patologia psichica è insorta gradualmente, ma in modo rapido dopo gli eventi cardiaci (cfr. doc. A3). Ora, appare evidente che tale conclusione, retrospettiva, trova ragione di essere non solo nella descrizione fornita dall'assicurato medesimo e dall'esame della documentazione agli atti, ma anche nella natura stessa delle patologie diagnosticate, quali la sindrome da disadattamento con reazione depressiva prolungata, in una struttura di personalità narcisistica e di un indebolimento cognitivo lieve, i quali, come detto, successivamente al manifestarsi dei problemi cardiaci, hanno implicato l'insorgenza di problemi di tenuta generale e di resistenza allo sforzo prolungato, con difficoltà ad eseguire e a portare a termine i compiti impegnativi e deficit cognitivi di concentrazione e memoria, come erano del resto stati messi in evidenza dal test psicometrico eseguito dallo psicologo _____ e dagli altri esami testistici effettuati. Del resto l'assicurato stesso ha riferito di una stazionarietà del suo disagio psichico dalla sua insorgenza, nella primavera 2011, con un miglioramento significativo ed avvertibile soltanto "a partire dai primi mesi del 2014" (doc. A/3), cosicché al momento della valutazione del dr. _____ (3 ottobre e 6 novembre 2013) la situazione era verosimilmente sostanzialmente invariata. D'altra parte, il disturbo della personalità inquadabile come disturbo del narcisismo, era accompagnato da un'umoralità depressiva. Ora, secondo il perito, tale struttura di personalità era sicuramente presente già prima dell'insorgenza dei problemi cardiaci, ma era diventata maggiormente funzionale solo successivamente, con le note turbe della memoria e della concentrazione che rendevano difficoltosa l'operatività dell'assicurato. A torto dunque il ricorrente, sulla base di quanto osservato dal dr. _____, reputa che il dr. _____ non si sia pronunciato sull'evoluzione della problematica psichiatrica. Del resto, con riferimento al fatto che secondo il dr. _____ in precedenza le limitazioni sulla capacità lavorativa delle patologie diagnosticate sul piano psichiatrico fossero maggiori, questo Tribunale, alla luce dell'approfondita valutazione del dr. _____ - le cui conclusioni sono state fatte

proprie anche dal SMR non solo in occasione del rapporto finale del 19 dicembre 2013 (doc. AI 94-1), ma anche in sede di osservazioni del 17 novembre 2014 (doc. IV/1) in merito alla nuova valutazione del dr. _____ del 27 ottobre 2014 – ritiene di non poter convenire. Innanzitutto va detto che se è vero che il dr. _____ ha avuto modo di valutare il ricorrente precedentemente al dr. _____, va detto che in ogni modo anche lui aveva esclusivamente proceduto ad allestire una perizia di parte sulla base di colloqui del 30 maggio, 27 giugno e 6 luglio 2012 finalizzati appunto alla stesura di una perizia. Nemmeno il dr. _____ quindi ha avuto modo di seguire l'assicurato sull'arco di un periodo prolungato e costante, circostanza questa che avrebbe forse anche potuto dare una visione diversa dello sviluppo della problematica psichiatrica. Ritenuto quindi come anche il dr. _____ abbia visto l'assicurato "solo" in occasioni puntuali, nei giorni immediatamente seguenti le due decisioni dell'amministrazione oggetto di ricorso (e nei quali quindi era ipotizzabile un'accentuazione del malessere psichico), e non sull'arco di un periodo più o meno prolungato, rilevato altresì come egli stesso abbia segnalato la presenza di "fluttuazioni" dello stato del paziente (doc. A/3), la sua diversa valutazione in punto alla gravità del danno alla salute rispetto a quella del dr. _____ non è (ancora) sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dall'amministrazione e che si rileva completa ed approfondita sotto tutti gli aspetti e a imporre nuovi accertamenti. In realtà la diversa quantificazione dell'inabilità lavorativa che deriva dal medesimo quadro diagnostico è verosimilmente più da attribuire ad un diverso apprezzamento degli impedimenti sulla capacità lavorativa operata dai due specialisti. Ma a prescindere da queste considerazioni va detto che nel periodo controverso, vale a dire successivamente all'insorgenza dei problemi cardiaci, numerosi medici si sono occupati dell'assicurato e nessuno di questi ha mai diagnosticato la presenza di una problematica psichiatrica. La stessa è stata citata soltanto nella forma di una sintomatologia ansiosa, senza indicazione di una diagnosi precisa secondo la classificazione ufficiale, e in aggiunta alle altre diagnosi "principali" internistiche e cardiologiche, dal dr. _____ nel suo certificato del 22 marzo 2012 (doc. AI 31-22; cfr. certificato del 17 gennaio 2012, doc. AI 22). Nemmeno dalla valutazione resa per conto dell'assicurazione malattia il 20 aprile 2012 dal dr. _____, internista, si desume la presenza di affezioni rilevanti dal lato psichiatrico, il perito concludendo per una parziale inabilità lavorativa residua esclusivamente per la patologia cardiaca, non essendoci menzione, nemmeno nell'accurata anamnesi, di problemi della sfera psichica (doc. AI 15; cfr. anche le valutazioni del 9 gennaio e 6 febbraio 2012 del dr. _____, doc. 25). Ora, poste tutte le riserve che si impongono nell'ambito di una valutazione retrospettiva basata sull'esame degli atti, nella fattispecie alla luce della documentazione all'inserto questo Tribunale non ha motivi per scostarsi dalla conclusione di un'inabilità lavorativa del 30% così come formulata dal dr. _____, conclusione che appare ben motivata e sostenibile alla luce del quadro clinico che emerge. Occorre ribadire che lo stesso assicurato ha attestato una situazione sovrapponibile del suo disagio insorto dopo l'infarto, rilevando un miglioramento significativo soltanto dai primi mesi del 2014. Inoltre, lo stesso dr. _____ ha ammesso che rispetto al 2012 nella valutazione effettuata nell'ottobre 2014 erano rilevabili solo lievi e non omogenei miglioramenti (doc. A/3). Detta conclusione è del resto stata confermata anche dalla dr.ssa _____, specialista in psichiatria del SMR. 2.8.2. Per quanto concerne invece le contestazioni ricorsuali concernenti le affezioni somatiche, le stesse si rilevano infondate e non sorrette da alcun materiale probatorio, segnatamente certificazioni mediche che attestino una diversa o maggiore valenza invalidante delle affezioni stesse. A torto innanzitutto il ricorrente ritiene

che in merito alla stanchezza lamentata non siano stati esperiti i necessari accertamenti, ove si considera come in merito alla stessa si siano sufficientemente espressi i vari specialisti interpellati e come la stessa evidentemente non abbia secondo il SAM valore di diagnosi a sé stante ma essendo piuttosto un sintomo delle varie problematiche di cui l'assicurato è portatore, patologia psichiatrica inclusa. Per quanto riguarda le certificazioni del dr. _____ attestanti un'inabilità lavorativa superiore al 50% (cfr. le ultime attestazioni di inabilità per l'assicurazione di indennità giornaliera per il periodo dall'agosto 2013 al settembre 2014, doc. AI 113), richiamate le considerazioni che si impongono sulle certificazioni rese dai medici di fiducia (anche se specialisti; cfr. STF 9C-949/2010 del 5 luglio 2011, STFA U 202/01 del 7 dicembre 2001; cfr. consid. 2.5), la scarna e immotivata differente valutazione del curante in punto all'esigibilità lavorativa è peraltro spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. STF 9C_949/2010 del 5 luglio 2011) e in ogni modo non è manifestamente suscettibile di modificare le conclusioni dell'amministrazione che si fondano, come detto, su una perizia multidisciplinare specialistica, non da ultimo anche considerando come il dr. _____ è generalista e quindi non specialista della materia che qui interessa. Per quanto in particolare riguarda il problema dell'ipofonia, contrariamente a quanto sostenuto dal ricorrente, l'amministrazione ha approfondito il problema facendo esperire anche una valutazione specialistica da parte del dr. _____, specialista ORL, il quale, nel suo referto del 24 ottobre 2013, dopo aver descritto la problematica dell'abbassamento della voce, insorta successivamente all'intervento cardiaco del 2011 e migliorata da inizio 2013, ed eseguito uno stato ORL dettagliato, ha concluso per la diagnosi di ipofonia intermittente funzionale su discreto edema di Reinke ritenendo che tale patologia non avesse un influsso sulla capacità lavorativa, valutata pertanto nella misura del 100% (doc. AI 92-36). A tale conclusione, fatta propria dal SAM e dal SMR, non si può non aderire ritenuto anche come il ricorrente non abbia apportato ulteriori elementi che permettano in qualche modo di farla apparire non corretta. Per quel che attiene alla problematica cardiologica, va detto che alla valutazione approfondita del dr. _____ il SAM ha prestato piena adesione, distanziandosi sostanzialmente per quanto unicamente riferito all'evoluzione nel tempo dell'inabilità lavorativa. In effetti, il dr. _____, nel suo dettagliato rapporto del 29 ottobre 2013, poste le diagnosi di "malattia coronarica multivasale con stato dopo infarto anteroapicale, stato dopo bypass aorto-coronarico multiplo (28 marzo 2011) con mammaria sin, su primo e secondo posterolaterale, mammaria ds. su discendente anteriore, vena su interventricolare posteriore (oltre a diabete tipo 2 insulino richiedente, ipertensione, ipercolesterolemia, pregresso tabagismo, familiarità), ha riferito come il decorso dopo l'intervento di rivascolarizzazione coronarica del 2011 fosse stato favorevole senza recidiva di angina pectoris, senza sintomi cardiaci specifici. Oggettivamente vi era una leggera disfunzione ventricolare sin, su esiti di infarto anteroapicale sottoendocardico (FE ca. 50%), non invece segni elettrocardiografici di ischemia da stress. La situazione è stata quindi definita soddisfacente dal perito, per il quale, dal punto di vista strettamente cardiaco l'assicurato andava considerato abile a tempo pieno nella sua professione di esperto fiscale/programmatore, titolare di uno studio fiduciario con diversi dipendenti (così come in attività leggere e non pericolose), fattori limitanti professionalmente essendo la mancanza di concentrazione, l'insofferenza, il nervosismo e la stanchezza psicofisica. Richiesto sull'evoluzione della riduzione della capacità lavorativa prolungata dal punto di vista cardiologico, il perito ha in sostanza negato che fosse mai esistita una riduzione prolungata della capacità lavorativa. Da quest'ultima conclusione, avvenuta a posteriori, tuttavia il

SAM, sulla base di una valutazione complessiva e dopo discussione tra tutti i periti implicati oltre ai due specialisti in medicina interna dr.i _____ e _____, si è infine parzialmente distanziato, ritenendo di dover confermare le precedenti conclusioni in merito alle inabilità lavorative nel periodo da gennaio 2011 a febbraio 2012, ammettendo quindi che l'evoluzione temporale della limitazione della capacità lavorativa andava confermata nei termini di quanto concluso dal SMR nel rapporto del 21 febbraio 2012 e cioè che l'attività abituale era proponibile in misura nulla dal 3 gennaio 2011, del 50% dal 28 gennaio 2011, nulla dal 19 marzo 2011, del 25% dal 1 luglio 2011, 30% dal 3 ottobre 2011 e nella misura del 70% a partire da febbraio 2012. In altre parole, se nel periodo dal gennaio 2011, con l'insorgenza dei problemi cardiaci e del successivo intervento al cuore nel marzo 2011, era da considerare una limitazione complessiva dell'inabilità lavorativa dell'ordine variabile dal 100% al 70%, sia per le problematiche cardiologiche che per quelle psichiatriche, dal febbraio 2012, andava considerata una ripresa della capacità lavorativa sul piano cardiologico e, quindi, unicamente ammessa quella, del 30%, riferibile alle problematiche evidenziate dal perito psichiatra dr. _____. Occorre peraltro sottolineare che questa conclusione del SAM è stata infine condivisa in definitiva anche dal dr. _____ il quale, apponendo la sua firma alla fine della perizia ha confermato e attestato di essere stato coinvolto nella perizia e " di aver preso atto dei contenuti della stessa e di concordare con le diagnosi e le conclusioni ivi contenute" (doc. AI 92-29). Anche questa Corte ritiene di dover convenire con tali conclusioni, ritenuto come le stesse si basino su un attento esame della documentazione agli atti riferita al periodo in oggetto e una valutazione multidisciplinare specialistica. In particolare, a fronte delle conclusioni del SAM che situano il miglioramento della capacità lavorativa al febbraio 2012 confermando la valutazione del 6 febbraio 2012 del dr. _____ (cardiologo e internista che aveva seguito regolarmente l'assicurato nel periodo post infarto, doc. AI 25) - il quale sulla base di un accurato esame degli atti, un esame clinico approfondito, elettrocardiogramma a riposo, ecocardiografia transtoracica aveva concluso per una ripresa della capacità lavorativa piena nella sua attività lavorativa - e quella del SMR nel rapporto finale del 21 febbraio 2012 e 19 dicembre 2013 (doc. AI 27 e 94), non è possibile dar seguito alle valutazioni del 17 gennaio e 22 marzo 2012 del dr. _____ (doc. AI 22 e 31-12) e del 20 aprile 2012 del dr. _____ (doc. AI 15), che hanno attestato il persistere di un'inabilità lavorativa per motivi cardiaci. A torto peraltro il ricorrente sostiene che il perito SAM non si sia confrontato con tali atti medici, i quali fanno per contro parte dell'ampia documentazione sottoposta e esaminata dal SAM. Questa Corte ritiene quindi che la conclusione del SAM che ha situato un miglioramento delle condizioni cardiache dell'assicurato al febbraio 2012 vada confermata. Del resto siffatta conclusione era stata tratta anche dal medico SMR nel rapporto finale del 21 febbraio 2012 e, dopo l'allestimento della perizia SAM, del 19 dicembre 2013 (doc. AI 27 e 94). D'altra parte, sulla base di tali conclusioni non può nemmeno essere data adesione alla proposta dell'Ufficio AI, il quale, con la risposta di causa, sulla base di una nuova valutazione del SMR del 17 novembre 2014 (doc. IV/1), ha chiesto di riformare in peius la decisione nel senso di accertare che l'assicurato non ha mai avuto diritto a prestazioni AI e, conseguentemente di disporre la restituzione delle prestazioni versate per i mesi da febbraio a maggio 2012, ritenendo che il miglioramento delle sue condizioni debba essere situato non al febbraio 2012, come precedentemente concluso, ma già nell'autunno 2011, allorquando la limitazione cardiologica sarebbe venuta meno perdurando quindi solo quella psichiatrica del 30%. Secondo la valutazione del SMR del 17 novembre 2014 infatti l'assicurato avrebbe presentato, a dipendenza dei problemi

cardiaci, un'incapacità lavorativa dal gennaio 2011 al più tardi sino all'autunno 2011, ossia una volta terminato un adeguato periodo di convalescenza dopo l'operazione di bypass AC del marzo 2011; da questo momento l'assicurato era da considerare abile in misura completa dal punto di vista cardiologico, e questo sulla base delle menzionate conclusioni del dr. _____.

A questa conclusione il TCA ribadisce di non poter aderire, ritenuto come innanzitutto la conclusione su questo specifico punto del dr. _____ è avvenuta a posteriori, mentre quella del dr. _____ è stata formulata dopo esame diretto del paziente e degli atti avvenuto nel febbraio 2012, essendo peraltro confortata anche dalle valutazioni del curante dr. _____, il quale ha sempre attestato, a dipendenza delle problematiche cardiache, un'inabilità lavorativa rilevante nel periodo in oggetto. Va ricordato nuovamente che il dr. _____, specialista in cardiologia, ha seguito regolarmente con controlli specialistici l'assicurato nella fase post infarto (doc. AI 47-38). Inoltre, la conclusione che ha confermato il rilevante miglioramento delle condizioni dell'assicurato al mese di febbraio 2012, anziché già al settembre 2011, si basa su un'attenta e approfondita valutazione da parte dei diversi specialisti del SAM, alla quale ha aderito anche il dr. _____ ed è stata confermata successivamente anche dal SMR. Di conseguenza - a prescindere dal fatto che la riconsiderazione di una decisione ai sensi dell'art. 53 cpv. 2 LPGA configura una possibilità per l'amministrazione e che non può essere imposta né dalla persona assicurata né dal Tribunale (STF 8C_748/2014 del 9 gennaio 2015 consid. 3.4) - sulla base degli atti medici questo Tribunale non può concludere, come sembrerebbe proporre l'Ufficio AI con la risposta di causa, che la decisione impugnata sia su questo specifico punto manifestamente errata.

2.8.3. Tutto ben considerato questa Corte deve quindi respingere le contestazioni formulate nel suo ricorso dall'assicurato, il quale non si è in sostanza confrontato in modo sufficientemente motivato con le conclusioni dei periti SAM nè ha apportato, come detto, elementi sufficienti e idonei a precisare in cosa consisterebbe la pretesa maggiore inabilità rispetto a quella accertata dalla perizia, limitandosi in sostanza a contestare la decisione e chiedere l'attribuzione di una rendita anche successivamente al mese di maggio 2012. Deve altresì essere osservato che non appare rilevante il fatto che l'assicurazione malattia _____ ha pagato al ricorrente indennità giornaliera per due anni (doc. AI 82), l'assicurazione invalidità essendo evidentemente libera di decidere sulle prestazioni da erogare sulla base dei propri criteri e delle sue valutazioni né sussistendo alcun vincolo tra le diverse istanze assicurative. Il TCA non vede quindi motivi per non confermare le dettagliate, approfondite e convincenti valutazioni del SAM, alle quali, come detto, va conferito pieno valore probatorio. Non essendo inoltre provato un peggioramento duraturo e incidente sulla capacità lavorativa, intervenuto dopo la resa della perizia del SAM e prima della decisione contestata del 3 ottobre 2014 (la quale delimita, come detto, il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali, cfr. DTF 130 V 138 consid. 2), a ragione l'Ufficio AI, richiamato altresì l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer ■ Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pp. 57, 551 e 572), ha ritenuto che da febbraio 2012 il ricorrente sia da considerare abile nella misura del 70% nella sua attività lavorativa di fiduciario e in ogni altra attività adeguata. Inoltre, se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce 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 più non

potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 pag. 429 e riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 p. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Ora, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi sufficienti per valutare l'inabilità lavorativa sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda necessario esperire ulteriori accertamenti, ragione per cui la richiesta dell'insorgente di procedere ad un'ulteriore perizia e/o all'audizione degli psichiatri coinvolti deve essere disattesa.

2.9. Occorre quindi concludere che all'assicurato vadano riconosciuti i seguenti gradi di inabilità lavorativa nell'attività abituale e in altre attività leggere e adeguate: 100% dal 3 gennaio 2011, 50% dal 28 gennaio 2011, 100% dal 19 marzo 2011, 75% dal 1. luglio 2011, 70% dal 3 ottobre 2011 e 30% dal 21 febbraio 2012. Fino al mese di febbraio 2012 vengono quindi confermate le inabilità lavorative già stabilite mediante la prima decisione del 15 giugno 2012, mentre che successivamente è stata accertata un'incapacità del 30%. Per quel che concerne l'aspetto economico (rimasto peraltro incontestato), conformemente al già ricordato principio generale applicabile anche nel diritto delle assicurazioni sociali, all'assicurato incombe l'obbligo di ridurre il danno (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, p. 57, 551 e 572). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, p. 296 segg). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata dovesse essere in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 28 consid. 4a; RCC 1968 p. 434). Alla luce di quanto esposto il ricorrente, per ridurre il danno, relativamente al periodo successivo al febbraio 2012, deve continuare a mettere a frutto la sua capacità lavorativa del 70% nella sua precedente professione. In questo caso è quindi indicato un raffronto percentuale dei redditi (cfr. STF 9C_633/2014 del 15 giugno 2015, consid. 6.2 con riferimenti; DTF 114 V 313 consid. 3a e riferimenti; STF I 759/2005 del 21 agosto 2006; Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, tesi Friburgo 1995, p. 154). Ritenuto che il grado corrispondente di capacità lavorativa del 70% (30% di incapacità lavorativa) del ricorrente nella precedente ed in qualsiasi attività leggera non attinge al minimo pensionabile (art. 28 cpv. 2 LAI), non vi sono i presupposti per concedergli una prestazione successivamente al mese di maggio 2012 (ossia tre mesi dopo il miglioramento). Va qui rilevato che il Tribunale federale, in una sentenza 9C_294/2008 del 19 marzo 2009, ha ritenuto corretto considerare che un'assicurata, inabile al lavoro al massimo al 30% sia nella sua professione abituale, che in altre attività, presenta un grado di invalidità del 30%. Alla medesima soluzione l'Alta Corte è arrivata in una sentenza 8C_558/2008 del 17 marzo 2009 per un assicurato inabile al lavoro al 50% nella sua professione; in una sentenza 9C_396/2009 del 12 febbraio 2010 per un'assicurata inabile al lavoro al 40% nella sua professione; in una sentenza 9C_444/2009 del 16 settembre 2009 per un assicurato inabile al lavoro al 50% sia nella sua precedente professione che in altre attività. Ad un'analogia soluzione è giunta l'Alta Corte anche nella sentenza 9C_396/2009 del 12 febbraio 2010, concernente un'assicurata inabile al lavoro al 40% nella sua professione (cfr. anche STF I 759/2005 del 21 agosto 2006; STCA

32.2014.191 del 17 settembre 2015 e riferimenti) Di conseguenza, va quindi ammesso un miglioramento sostanziale della situazione nel febbraio 2012, con la conseguente attribuzione di una rendita intera limitatamente al periodo dal 1. gennaio (dopo un anno di attesa; cfr. art. 28 LAI; consid. 2.2) al 31 maggio 2012, vale a dire con la soppressione dal 1. giugno 2012, ossia 3 mesi dal miglioramento situato al 21 febbraio 2012 (art. 88 cpv. 1 OAI). Essendo la domanda stata - peraltro incontestatamente - presentata tardivamente, il versamento è stato correttamente fissato unicamente dal 1. febbraio 2012 (ossia sei mesi dopo l'inoltro della richiesta del 26 agosto 2011 - art. 29 cpv. 1 LAI) (doc. AI 29/2-3). La decisione impugnata del 3 ottobre 2014 va quindi confermata e, quindi, riconosciuta a RI 1 una rendita intera temporanea dal 1. gennaio 2012 al 31 maggio 2012. 2.10. Secondo 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 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per 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.