

TI_GERICHTE 32.2016.95 vom 7. Juli 2016

TI Tribunale d'appello, 2016-07-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2016.95

FR: TI_GERICHTE 32.2016.95 du 7 juillet 2016

IT: TI_GERICHTE 32.2016.95 del 7 luglio 2016

Regeste

Assicurato fa valere peggioramento e chiede aumento della rendita. Aumento rifiutato. Valutazione globale di diverse affezioni. Confronto percentuale

Erwägungen

E. 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). Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). Nella STF I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)" (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). In una sentenza pubblicata in DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme (ICD-10 F 45.4) provoca un'incapacità di guadagno duratura (sul tema cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in Le perizie giudiziarie Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 254-257). Tali criteri sono stati così riassunti in un'altra sentenza I 404/03 del 23 aprile 2004, in lingua italiana, nella quale il TFA si è così espresso: " 6.2. A determinate condizioni, anche un disturbo da dolore somatoforme - rientrando nella categoria delle affezioni psichiche, per le quali l'allestimento di una perizia

psichiatrica si rende normalmente necessario al fine di stabilirne le ripercussioni economiche - può causare una incapacità lavorativa (cfr. sentenza del 12 marzo 2004 in re N., I 683/03, consid. 2.2.2, destinata alla pubblicazione nella Raccolta ufficiale [ndr.: pubblicata in DTF 130 V 352]). Secondo giurisprudenza, ancora recentemente confermata, un disturbo somatoforme da dolore persistente non è tuttavia, di regola, atto a determinare, in quanto tale, una limitazione duratura della capacità lavorativa suscettiva di dare luogo a un'invalidità ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3; Ulrich Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, San Gallo 2003, pag. 76 segg., in particolare pag. 81 seg.).

Un'eccezione a questo principio entra in linea di conto soltanto in quei casi in cui il disturbo da dolore somatoforme presenta secondo gli accertamenti medici una gravità tale da rendere in pratica oggettivamente non più esigibile dalla persona assicurata lo sfruttamento della sua capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro oppure dove ciò risultasse insostenibile per la società (DTF 102 V 165; VSI 2001 pag. 225 consid. 2b con riferimenti; cfr. pure DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). Una simile inesigibilità, da ammettersi soltanto in casi eccezionali, presuppone tuttavia l'esistenza concomitante di una comorbidità psichica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza qualificata di altri criteri, quali ad es. l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, l'accertamento di un ritiro totale dalla vita sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia (cosiddetto "Krankheitsgewinn") come pure un insuccesso, nonostante gli sforzi profusi, di trattamenti e di provvedimenti riabilitativi. A volte, la presenza di tali fattori permette di ritenere insormontabile il disturbo da dolore somatoforme (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e i riferimenti ivi citati; cfr. pure VSI 2000 pag. 155 consid. 2c).

Da notare ancora che i fattori psicosociali o socioculturali non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (cfr. sentenza del 29 gennaio 2003 in re P., I 129/02, consid. 3.2, con riferimento ai principi sanciti in DTF 127 V 294). In tale contesto, l'esperto chiamato ad esprimersi deve, sul piano psichiatrico, porre una diagnosi nell'ambito di una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Tenendo conto dei criteri esposti, egli deve così valutare l'esigibilità della ripresa, rispettivamente dell'estensione lavorativa da parte dell'assicurato (VSI 2000 pag. 155 consid. 2c)." Anche in un'altra sentenza I 702/03 del 28 maggio 2004, il TFA ha evidenziato che: " 5.2 In una recente sentenza, questa Corte ha avuto modo di precisare che una tale inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri qualificati quali (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, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") oppure (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 (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e sentenza del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; VSI 2000 pag.

155 consid. 2c; Ulrich Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.)." In una sentenza I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (v. Kopp/Willi/Klipstein, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). In una sentenza 9C_1040/2010 del 6 giugno 2011 pubblicata in SVR 2012 IV Nr. 1, l'Alta Corte ha ribadito che un episodio depressivo lieve non costituisce una comorbidità di rilevante gravità e intensità (consid. 3.4.2.1) e che fattori psicosociali e socioculturali che non possono essere chiaramente distinti dalla problematica psichica, parlano a sfavore del carattere invalidante del disturbo (consid. 3.4.2). Questa giurisprudenza è poi stata progressivamente estesa ad altre affezioni (cfr. la DTF 137 V 64 sull'ipersonnia). In una sentenza 9C_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281, il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa ai disturbi somatoformi dolorosi persistenti. In particolare l'Alta Corte ha abbandonato la presunzione secondo cui i disturbi derivanti da sindrome somatoforme dolorosa o i loro effetti possono essere superati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile (cambiamento della giurisprudenza; consid. 3.4 e 3.5). La prassi fondata sul modello regola/eccezione è sostituita da uno schema di valutazione normativo strutturato, sulla base di un catalogo di indicatori (cfr. in merito al consid. 2.7.2). Infine, affinché un rapporto medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (cfr. D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in *RDAT II-2003*, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629; D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). Innanzitutto la diagnosi deve essere espressa da uno specialista in psichiatria e fondata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. STF 9C_815/2012 del 12 dicembre 2012; DTF 131 V 49; DTF 130 V 396 segg.; DTF 127 V 294; Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: *SZS* 1999 pag. 105 ss). Il medico deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione e deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere 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. Il rifiuto del carattere invalidante deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.5. Nell'ambito dell'evasione della prima domanda di prestazioni, l'Ufficio AI aveva fatto esperire una perizia multidisciplinare a cura del SAM. Dal referto del 10 dicembre 2012, comprendente consultazioni di natura psichiatrica, otorinolaringoiatrica e neurologica, risulta che i periti hanno posto le diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di “ Disturbi vertiginosi recidivanti e ipoacusia di tipo trasmissivo (di grado leggero) a sin. ai toni bassi probabilmente in relazione ad una deiscenza ossea del canale semicircolare anteriore sin., Stato dopo probabile neurite vestibolare a ds. con deficit vestibolare residuo all'esame calorico, Tinnito cronico bilaterale e Cefalea ev. tensionale ”, considerando quindi invalidante esclusivamente le patologie otorinolaringoiatriche. In punto alla capacità lavorativa i periti avevano concluso che l'assicurato era da considerare abile al lavoro nella misura del 50% per la professione abituale di impiegato di banca, con la funzione di responsabile amministrativo ufficio _____, l'inabilità del 50% essendo da ricondurre all'insieme di una diminuzione del tempo di lavoro e del rendimento. L'incapacità lavorativa del 50% era da ritenere valida per ogni attività lavorativa compatibile con le capacità dell'assicurato, con la sola eccezione dei lavori in posizione rialzata o con rischio di caduta, per i quali l'assicurato è considerato non idoneo a titolo definitivo.(doc. AI 59/27-29). Sulla base di queste conclusioni, avvallate dal medico SMR, e ritenuta ininfluenza una certificazione della curante dr.ssa _____ prodotta dall'assicurato, con decisione 10 aprile 2013 l'Ufficio AI ha attribuito all'assicurato una mezza rendita dal 1. marzo 2012 a dipendenza di un'incapacità lavorativa del 50% presente dal marzo 2011 in misura continua e senza interruzioni. Il provvedimento è stato confermato da questa Corte mediante sentenza 32.2013.96 del 10 febbraio 2014, con la quale ha confermato le conclusioni dell'amministrazione. Sulla base di certificazioni mediche prodotte dall'assicurato, segnatamente un certificato del 2 maggio 2013, con il quale il dr. _____, spec. FMH malattie orecchio naso gola, si allineava in sostanza alla conclusione di inabilità lavorativa del 60% della curante (doc. AI 80 e doc. L) e una certificazione del 25 ottobre 2013 del dr. _____, psichiatra - per il quale in sostanza la sintomatologia lamentata era inquadrabile in un disturbo legato ad una disfunzione vegetativa somatoforme (F45.3 ICD 10 come classificazione internazionale) (doc. AI 97 e doc. Q) – oltre ad altre attestazioni di inabilità lavorativa completa rese dalla curante dr.ssa _____ e nuovamente dal dr. _____ (doc. AI 105; cfr. anche certificazione del 27 agosto 2014, doc. AI 123), e a un nuovo rapporto 21 ottobre 2013 dei sanitari dell'Unispital di Zurigo (doc. AI 98), l'amministrazione, sentito il medico SMR, ha deciso di entrare nel merito della domanda di revisione (doc. AI 126). L'amministrazione ha quindi interpellato il dr. _____, psichiatra, il quale nel suo rapporto del 5 dicembre 2014, poste le diagnosi di disturbo depressivo persistente (ICD 10 F 34.8), disfunzione vegetativa somatoforme (F45.3) e disturbo di personalità anancastico (F60.5), ha concluso per una completa inabilità lavorativa dal maggio 2013. L'amministrazione ha quindi

predisposto una nuova valutazione pluridisciplinare di decorso presso il SAM. Dal referto del 28 ottobre 2015 (doc. AI 163) risulta che i periti del SAM hanno fatto capo a consultazioni di natura psichiatrica (dr. _____), otorinolaringoiatrica (dr. _____) e neurologica (dr. _____) e posto le seguenti diagnosi: " (...) 6
DIAGNOSI 6.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Persistente disfunzione otolitica sin. in vertigine Sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di media gravità (ICD10 F 33.1) Disfunzione vegetativa somatoforme (ICD 10 F 45.3) Modificazione duratura della personalità, successiva a malattia cronica (ICD 10 F 62.9) 6.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa : Cefalea di tipo tensivo con evoluzione cronica Deiecenza del canale semicircolare anteriore sin Discreta ipoacusia trasmissiva, frequenze basse, a sinistra Dislipidemia. In merito alla capacità lavorativa hanno concluso: "

E. 7

Valutazione medico teorica globale dell'attuale capacità lavorativa L'A. presenta una capacità lavorativa globale del 40% come impiegato di banca con la funzione di responsabile amministrativo dell'ufficio _____: intesa come lavoro a metà tempo, con una leggera diminuzione del rendimento.

E. 8

Conseguenze sulla capacità lavorativa

E. 8.1

Capacità di lavoro nell'attività abituale

E. 8.1.1

A quali deficit funzionali è dovuta un'eventuale riduzione della capacità lavorativa? La riduzione della capacità lavorativa è dovuta a deficit funzionali di tipo psichiatrico e ORL. Dal punto di vista neurologico invece l'assicurato non presenta deficit funzionali. Dal lato psichiatrico sono da una parte i sintomi depressivi, quali le idee d'inutilità, l'umore depresso, la bassa autostima, la riduzione dell'energia vitale, i forti sensi di colpa e l'insonnia, che limita la capacità lavorativa. Questi sintomi compromettono fortemente l'attenzione e la concentrazione sui compiti da eseguire. Da notare anche una diminuita capacità d'integrazione sociale. D'altra parte ci sono le vertigini, la nausea, la cefalea, il rallentamento cognitivo, la stanchezza ed il senso di precarietà, disturbi sicuramente soggettivi, ma per questo non meno reali ed invalidanti per l'A. Dal lato ORL l'A. presenta una sensazione di compressione bilaterale ed un'instabilità dopo meno di un'ora di lavoro se fa sforzi o si concentra, con l'obbligo di fare poi delle pause prolungate per recuperare.

E. 8.1.2

Indicare la capacità lavorativa per l'attività abituale, in percentuale oppure in ore al giorno. Dal profilo psichiatrico la capacità lavorativa dell'A. nell'ultimo lavoro svolto di responsabile amministrativo dell'ufficio _____ è del 50% (limitazione funzionale). Dal lato ORL l'A. presenta una capacità lavorativa del 50% nell'ultima attività lavorativa svolta, invariata rispetto alla prima perizia SAM del 2012. Dal punto di vista neurologico l'A. è abile al lavoro al 100%, come già stabilito nell'ambito della prima perizia SAM del 2012. Complessivamente l'A. presenta una capacità lavorativa del 40% come impiegato di banca con la funzione di responsabile amministrativo dell'Ufficio _____. Riteniamo giustificato sommare solo parzialmente le incapacità lavorative per motivi psichiatrico e ORL, in quanto le patologie psichiatriche e ORL sono in gran parte

intrecciate e i limiti funzionali si sovrappongono parzialmente. 8.2.1 Se la capacità lavorativa è stata espressa in percentuale, indicare se tale percentuale va intesa come tempo di presenza oppure come rendimento globalmente ridotto nell'arco dell'intera giornata lavorativa. La capacità lavorativa globale del 40% nell'ultima attività svolta va intesa come lavoro a metà tempo, con una leggera riduzione del rendimento.

E. 8.1.2.2

Se la capacità lavorativa residua è stata espressa in ore al giorno, precisare se vi è un'ulteriore riduzione di rendimento o se il rendimento è pieno. Rimandiamo al punto 8.1.2..

E. 8.1.2.3

Se si raccomandano delle pause supplementari, specificare se queste sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua. Le pause supplementari sono già state conteggiate nella quantificazione della capacità lavorativa residua.

E. 8.13

Facendo riferimento all'anamnesi, da quando (mese e anno) la capacità lavorativa indicata dal perito nell'attività abituale può essere considerata valida? L'attuale capacità lavorativa globale del 40% nell'attività abituale è valida dal mese di gennaio 2015, da quando la sintomatologia depressiva è peggiorata (rimandiamo all'ultimo scritto del Dr. med. _____ del 5.12.2014). Sino alla fine del mese di dicembre 2014 valgono le condizioni stabilite in precedenza dall'Ufficio AI del Canton Ticino (rimandiamo alla decisione del 10 aprile 2013).

E. 9

Conseguenze sulla capacità d'integrazione

E. 9.1

Capacità di lavoro in un'attività adeguata

E. 9.1.1

Quali caratteristiche medico-teoriche dovrebbe avere un'attività adeguata? (nel caso di una malattia fisica indicare sempre il carico massimo in kg senza limitazioni e se vi sia un'eventuale difficoltà in lavori di precisione) Dal punto di vista psichiatrico un'attività adeguata non deve richiedere una rilevante attenzione e concentrazione sui compiti da eseguire, non deve richiedere delle buone competenze sociali. Ideale sarebbe un ambiente in cui l'A. è in grado di definire egli stesso il proprio ritmo lavorativo. Dal lato ORL un'attività adeguata deve essere svolta di preferenza in posizione seduta, sono da evitare situazioni pericolose (lavori su scale, impalcature ecc.). Dai punto di vista neurologico l'A. non presenta limitazioni funzionali, (...)

E. 10

Osservazioni e risposte a domande particolari Per quanto riguarda le domande supplementari del Dr. med _____, Servizio Medico Regionale dell'ufficio AI del Canton Ticino (rimandiamo alla inchiesta perizia del 2.4.2015), rispondiamo in modo seguente. Rispetto alla prima perizia SAM del 2012 è subentrato un chiaro peggioramento dal lato psichiatrico; dal punto di vista ORL e neurologico invece la situazione è rimasta stabile. L'A. presenta tre disturbi psichiatrici di una certa importanza. La sintomatologia depressiva, malgrado la terapia farmacologica, si è aggravata ultimamente e risulta di

difficile cura, perché l'A. è fissato sull'origine esclusivamente somatica dei suoi problemi, la patologia più invalidante e che determina in gran parte la prognosi negativa è però la disfunzione vegetativa somatoforme, partita inizialmente da un disturbo somatico (la vestibulopatia periferica acuta) ed in seguito diventata autonoma. Malgrado che la sintomatologia lamentata (vertigini, nausea, cefalea, rallentamento cognitivo e stanchezza) non possa essere spiegata completamente da un processo fisiologico, l'A. è convinto che all'origine deve esserci una malattia somatica; un'altra possibilità non viene assolutamente tenuta in considerazione. Come aveva già notato lo psichiatra Dr.med. _____, nel 2012, una psicoterapia non era praticabile a causa di una barriera inconscia". La stessa esperienza ha fatto l'attuale psichiatra curante Dr. med. _____ dal 2013 ad oggi, dicendo che, quando ci si avvicina al tema di un eventuale origine non somatica dei suoi disturbi, egli chiude completamente e cambia argomento". Per quanto riguarda i criteri di Forster per la valutazione della gravità delle malattie 'non oggettivabili', siamo confrontati con uno stato psichico cristallizzato che non è più suscettibile di un'evoluzione favorevole. Anche la modificazione duratura della personalità corrisponde ad una certa cristallizzazione psichica del modo di percepire, pensare e reagire al mondo che circonda l'A. Esiste una comorbidità in forma di un episodio depressivo di media gravità e si osserva un certo ritiro sociale, anche se non in tutti gli ambiti. L'A. ha condotto diverse terapie ,psichiatriche/psicoterapiche secondo le regole d'arte, senza aver sviluppato la minima consapevolezza di malattia e senza il minimo miglioramento sulla patologia. Con rapporto finale 2 novembre 2015 il dr. _____ del SMR ha avallato la perizia multidisciplinare, ammettendo un peggioramento delle condizioni dal gennaio 2015 con una capacità lavorativa del 40% (orario lavorativo al 50% con riduzione del rendimento) (doc. AI 165; cfr. anche la precisazione del 3 novembre 2015, doc. AI 167). In sede di osservazioni al progetto di decisione del 10 novembre 2015 - con il quale l'amministrazione gli ha riconosciuto tre quarti di rendita a far tempo dal 1 maggio 2015 per un grado di invalidità del 60%; doc. AI 168 -, l'assicurato, assistito dalla sua patrocinatrice, ha tra l'altro prodotto certificati del 15 dicembre 2015, 7 gennaio e 1 febbraio 2016 del dr. _____, generalista, attestanti inabilità lavorative totali "per malattia" dal 1 dicembre 2015 alla fine di febbraio 2016 (doc. AI 177, 184), oltre ad un certificato 11 dicembre 2015 del dr. _____, psichiatra curante (doc. AI 182). In merito alle censure mosse sulla perizia eseguita l'amministrazione ha quindi interpellato il SAM, il quale con scritto 4 marzo 2016, riportando integralmente uno scritto dello psichiatra dr. _____, si è espresso in merito alle censure proposte dall'assicurato e dal suo psichiatra curante, confermando senza riserve le proprie conclusioni (doc. AI 186). Sentito il medico SMR (doc. AI 187), l'amministrazione ha quindi confermato il progetto di decisione mediante la decisione qui contestata, motivando come segue: " Esito degli accertamenti: Con decisione del 10 aprile 2013 il signor RI 1 è stato messo al beneficio di una mezza rendita (grado AI del 50%) con effetto dal 01 marzo 2012. Con sentenza datata 10 febbraio 2014 del Tribunale Cantonale delle Assicurazioni (TCA) la decisione summenzionata veniva confermata ma gli atti ritornati allo scrivente ufficio al fine di esaminarne ulteriore documentazione medica prodotta in fase di ricorso. Sulla base della nuova documentazione si è quindi reso necessario provvedere ad ulteriori accertamenti medici, con particolare riferimento alla perizia svolta nei mesi di giugno e luglio 2015 presso il Servizio di Accertamento Medico (SAM). Il Servizio Medico Regionale (SMR) ha quindi in seguito potuto concludere che un peggioramento dello stato di salute è effettivamente subentrato e con rapporto del 03 novembre 2015 ha quindi indicato i seguenti periodi di inabilità con relative percentuali: -

60% dal gennaio 2015 Visto che il signor RI 1 non avrebbe potuto meglio valorizzare la sua capacità lavorativa residua in attività alternative, si ritiene che alle inabilità lavorative succitate accertate nell'abituale professione corrisponda, dunque, un'incapacità lucrativa della medesima entità. Osservazioni al progetto: Abbiamo preso atto delle osservazioni presentate in data 14 dicembre 2015. Il caso è quindi stato nuovamente sottoposto al SMR, il quale, oltre ad averle analizzate, con scritto 21 dicembre 2015 le ha sottoposte ai periti del SAM. Preso atto della documentazione del Dr. med. _____ e della successiva presa di posizione da parte del SAM, il SMR, con annotazione del 10 marzo 2016, precisa che la documentazione medica prodotta non apporta modifiche alle precedenti valutazioni. Il progetto del 10 novembre 2015 viene quindi confermato. Decidiamo pertanto: A decorrere dal 01 maggio 2015, ovvero tre mesi dopo il constatato peggioramento (art. 88a cpv. 2 OAI), il signor RI 1 ha diritto a 3/4 di rendita (grado AI del 60%). (doc. A) L'assicurato contesta detta decisione, ritenendo la sua inabilità lavorativa totale. Produce ulteriori attestazioni di inabilità lavorativa sino alla fine di agosto 2016 del dr. _____ (doc. B-E) oltre ad uno scritto del 22 luglio 2013 del dr. _____ (doc. F), attestante quanto segue: " Dando seguito alla Sua gentile richiesta del 10.07.2013, ho visitato presso il mio studio il Signor RI 1 in data 19.07.2013. Sulla base dei miei riscontri, Le posso confermare che l'incapacità lavorativa completa certificata da metà maggio 2013 è giustificata. Nel corso degli ultimi mesi è subentrato un peggioramento dello stato di salute, soprattutto a livello psicologico. Sono state nel frattempo impostate le misure terapeutiche adeguate. La prognosi lavorativa resta incerta. Per questo motivo è sicuramente necessario che il signor RI 1 inoltri una richiesta di rivalutazione del suo grado d'invalidità all'ufficio AI, attestando un peggioramento del suo stato di salute. L'interessato è stato da me istruito in tal senso. Ritengo che per almeno i prossimi 3 mesi il signor RI 1 continuerà a rimanere completamente inabile al lavoro. A dipendenza del decorso, non si può escludere il recupero di una capacità lavorativa parziale tra 3 - 4 mesi. Eventualmente potrebbe essere utile predisporre una nuova visita di controllo da me nel prossimo mese di settembre. La ringrazio per la fiducia che mi ha accordato e resto volentieri a disposizione per eventuali ulteriori informazioni. (doc. F) In un certificato del 7 settembre 2016 il dr. _____ ha affermato: " (...) Ribadisco il concetto per cui il paziente è inabilitato al lavoro a causa di una malattia ORL che ha portato poi nel decorso, a manifestazioni ingravescenti di carattere sintomatologico ORL mal sopportate dal paziente che alla fine sulla base di un preesistente probabile disturbo di personalità anancastico ha sviluppato una disfunzione vegetativa somatoforme con un disturbo depressivo d'accompagnamento. Riassunto così la problematica clinica, vista dal punto di vista del curante, osservo che il paziente è stato seguito fin dall'inizio in ambito psichiatrico, precedentemente dal Dr. med. _____, che non fu minimamente considerato, nell'ambito delle prime valutazioni effettuate per conto dell'amministrazione. La problematica era quindi a mio avviso già evidente allora. Ovviamente il cronicizzarsi nel tempo della sintomatologia e il contenzioso con l'assicurazione sociale non hanno influito positivamente sulle condizioni di salute dell'interessato. Sulla valutazione effettuata dai colleghi del SAM, noto che trovo a mio modo di vedere contraddittorio, dichiarare il paziente inabile per motivi somatici ORL e poi con l'ultima valutazione dichiarare che il paziente è inabile principalmente per motivi psichiatrici e che questo inglobano i disturbi ORL già riconosciuti in passato dalla stessa amministrazione. L'altra osservazione è sulla dissertazione del collega sui disturbi di personalità gravi e non gravi. Sarebbe opportuno capire cosa vuol dire grave e cosa vuol dire non grave. Le ripeto l'esempio che le ho fatto: posso morire per un'influenza

complicata, che di per se non è un' affezione grave e posso sopravvivere ad un tumore maligno che è di per se già come diagnosi è una sentenza di morte. In conclusione ritengo che la valutazione effettuata dall'amministrazione sia contraddittoria e non obiettiva, non disconosce le precedenti valutazioni effettuate e adesso a fronte della convinzione condivisa della collega della gravità delle affezioni, continua ad insistere per una pretesa esigibilità collocativa del paziente che è a mio avviso del tutto infondata ed immotivata proprio sulla base delle osservazioni sul caso clinico così come abbiamo cercato in questi anni di spiegare alla controparte.” (doc. G) 2.6. 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 LPG (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). 2.7. Alle conclusioni del SAM, fatte proprie anche dal SMR (cfr. rapporti finali 2 e 3 novembre 2015 dei dr. _____ e _____, doc. AI 165 e 167), si deve aderire, ritenuto che, come verrà illustrato nel prosieguo, tale valutazione non è stata smentita da altra documentazione medico-specialistica attestante nuove affezioni o una diversa valenza delle patologie diagnosticate o, ancora, un peggioramento successivo alla perizia e entro la data della decisione contestata, ricordato come per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento del provvedimento contestato (DTF 132 V 220 consid. 3.1.1). 2.7.1. Per quanto concerne innanzitutto gli aspetti neurologici e ORL, il TCA ritiene che lo stato di salute dell'assicurato sia stato approfonditamente vagliato dai periti del SAM e non ha motivo per metterne in dubbio la dettagliata e convincente valutazione. Più precisamente, per quanto concerne la problematica neurologica, l'assicurato è stato peritato dal dr. _____, il quale, ricordato come già nel 2012 lo stato neurologico risultasse nella norma, ha escluso la presenza di patologie neurologiche organiche, e questo alla luce anche dei vari accertamenti eseguiti negli ultimi anni, incluse tre MRI cerebrali, senza reperti rilevanti. La sintomatologia attuale presentava quindi caratteristiche che potevano almeno in parte corrispondere a cefalee tensive croniche. Dal punto di vista neurologico l'assicurato era quindi abile al lavoro in misura piena per qualsiasi attività lavorativa. Dette conclusioni, supportate da un approfondito esame clinico e dall'esame della cospicua documentazione clinica agli atti, meritano conferma. Per quanto riferito alla patologia ORL, l'assicurato è stato valutato dal dr. _____. Come unica patologia con influsso sulla capacità lavorativa ha posto la diagnosi di persistente disfunzione otolitica sin, in vertigine multifattoriale, confermando così la diagnosi posta dall'Ospedale _____ di _____. Come diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa descrive una deiscenza del canale semicircolare anteriore sin. (scoperta radiologica) ed una discreta ipoacusia

trasmissiva sin. per le frequenze basse. Ha quindi ritenuto che lo stato ORL era rimasto stabile e invariato a confronto alla precedente perizia SAM del 2012. Ha quindi confermato la capacità lavorativa del 50% nell'ultima attività svolta o altra adatta, valida da maggio 2011 con la motivazione che la riduzione della capacità lavorativa era giustificata dalla sensazione di compressione bilaterale, dall'instabilità dopo meno di un'ora di lavoro se sotto sforzo o concentrazione con l'obbligo di fare delle pause prolungate per recuperare. L'esame clinico obiettivo è stato pure completato da un esame vestibolare e da un'audiometria tonale. Tale valutazione si rileva quindi completa e coerente e deve essere confermata, ritenuto altresì che il ricorrente non ha in sostanza sollevato alcuna censura sulla valutazione ORL effettuata dal SAM né prodotto documentazione che possa in qualche modo metterla in discussione (cfr. di seguito al consid. 2.7.3). 2.7.2. Per quanto riguarda la valutazione psichiatrica va detto quanto segue. L'assicurato è stato peritato dal dr. _____ nell'ambito di due colloqui tenutisi il 22 giugno e 6 luglio 2015 (della durata di 125 e 105 minuti), avendo inoltre effettuato due colloqui telefonici con lo psichiatra curante dr. _____ e con la moglie dell'assicurato (doc. AI 163). Ha quindi posto le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di media gravità (ICD-10 F 33.1), disfunzione vegetativa somatoforme (ICD-10 F 45.3) e modificazione duratura della personalità, successiva a malattia cronica (ICD-10 F 62.9). Nel referto peritale lo specialista, dopo aver illustrato i trascorsi del paziente, ha esposto, tra l'altro, quanto segue: "(...) Anche lo psichiatra curante Dr. _____ si è dovuto arrendere, come già il Dr. _____, davanti alla barriera di difesa inconscia, all'impossibilità dell'assicurato di comunicare le sue emozioni e di distinguerle dalle sensazioni somatiche, che spinge il medico a dire che l'A. "non ha emozioni". Infatti anche durante i due colloqui peritali si riscontrano gli stessi limiti nella possibilità di esprimere e di elaborare delle emozioni. L'A. focalizza la propria attenzione solo sull'esterno, sembra che una vita interiore non esista. Dal 2008 la sintomatologia vertiginosa, nausea, cefalea e rallentamento cognitivo monopolizzano il suo vissuto quotidiano, su tutti i livelli. Il pensiero e l'ideazione sono assorbiti dalla sofferenza, che sembra diventata il perno della sua vita attorno al quale l'assicurato organizza da circa ormai 7 anni il suo quotidiano. Anche l'anamnesi conferma che a partire dal 2008 l'assicurato ha già ridotto via via tutte le sue attività per concentrare tutto su recupero delle forze, inizialmente per la residua attività professionale, poi per la "sopravvivenza". Un organizzazione psicosomatica è caratterizzata da un pensiero concreto, restrittivo e povero di fantasia e simbolismo in una persona apparentemente efficiente e ben adattata, ma incapace di staccarsi col pensiero dal presente immediato ed è proprio questa l'impressione che si ha durante i colloqui. Questo tipo di "conflitto emotivo interiore" predispone alla manifestazione somatica, e in mancanza della possibilità di vivere le proprie emozioni, costringe il soggetto a sviluppare un linguaggio corporeo. Di conseguenza, tenendo conto anche dell'anamnesi e del funzionamento psicosociale, è necessario porre una diagnosi di disfunzione vegetativa somatoforme. L'A. presenta anche sintomi depressivi, sicuramente la conseguenza delle problematiche somatiche, il tono dell'umore è depresso, l'energia vitale è ridotta, l'interesse per le attività, come per la sua passione di radioamatore, è nettamente ridotto e le prospettive per il futuro sono pessimistiche. La sintomatologia depressiva si osserva durante i colloqui, ma viene descritta anche dal Dr. _____, che circa sei mesi fa nel suo rapporto descriveva un disturbo depressivo persistente, un disturbo affettivo che secondo l'ICD-10 "non è sufficientemente grave o prolungate da soddisfare i criteri di ciclotimia o distimia, o per un episodio depressivo di gravità lieve o media". Durante

l'attuale valutazione la sintomatologia depressiva, tra umore depresso, sentimenti di colpa, autostima bassa, abulia e energia vitale ridotta soddisfaceva comunque i criteri di un episodio depressivo di media gravità, visto la durata della sintomatologia, nell'ambito di una sindrome depressiva ricorrente. La Dr. _____ ha osservato nel 2012 dei tratti anancastici e il Dr. _____, si è spinto nell'ultimo rapporto medico, di circa sei mesi fa, fino alla diagnosi di disturbo di personalità anancastico, il quale quattro mesi prima fu definito ancora come "sempre più probabile". Sono d'accordo che esistono dei tratti anancastici, quali perfezionismo, e coscienziosità e meticolosità, che gli sono stati di grande aiuto nella sua carriera professionale e che oggi gli rendono difficile la vita, non sentendosi più capace di eseguire i suoi impegni con tali caratteristiche. Non ritengo però che questi tratti soddisfino, né oggi, né in passato, i criteri per un disturbo di personalità specifico. Per contro è evidente il cambiamento delle personalità avvenuto a partire dall'inizio della malattia. Clinicamente si osserva un cambiamento nella percezione, nell'ideazione e nel comportamento rispetto al proprio ambiente e riguardo la propria persona. È difficile dire se questa modificazione di personalità, che oggi sembra piuttosto stabile, è da interpretare come un disturbo di personalità "acquisita" durante gli ultimi 6-7 anni o che si tratta di una recrudescenza nel tempo dei tratti anancastici, ma d'altra parte oggi gli aspetti percepiti dall'A. sono molto diversi da quelli anancastici. L'A. oggi si percepisce come una persona passiva, senza interessi, che non riesce più a farsi coinvolgere dalle molteplici attività di prima, si ritira dal mondo, non è più la persona sociale di prima e lamenta di essere dipendente da altre non è più padrone della propria vita. Questo cambiamento dell'A. è stato confermato anche dalla moglie. Sulla base di queste osservazioni ritengo più probabile come diagnosi una modificazione duratura della personalità successiva a malattia cronica." (doc. AI 163 pag. 27seg) Poste quindi le menzionate diagnosi ha concluso per una limitazione della capacità lavorativa nell'ultima attività esercitata (così come in altre attività per le quali valgono le stesse limitazioni funzionali) del 50%, ritenendola una limitazione funzionale, specificando che l'inizio della disfunzione vegetativa era collocabile verso la fine del 2008, mentre la modificazione duratura della personalità si era formata gradualmente durante gli ultimi 6-7 anni. Quanto alla sintomatologia depressiva, la stessa, anche se l'assicurato non era riuscito in passato, fino al 2012, ad esprimerla adeguatamente, come si legge nel rapporto del Dr. _____ e osservato anche della Dr.ssa _____, la stessa era sempre esistita, ma fino a circa sei mesi prima era da considerare al massimo come lieve. In seguito col tempo la sintomatologia depressiva era peggiorata fino a raggiungere la gravità media di oggi. Ritenuta la prognosi negativa, e precisato che "la patologia più invalidante e che determina in gran parte la prognosi negativa è però la disfunzione vegetativa somatoforme", secondo lo specialista si era quindi confrontati, "secondo i criteri di Foerster per la valutazione della gravità delle malattie non oggettivabili: con uno stato psichico cristallizzato che non è più suscettibile di un'evoluzione favorevole". Anche la modificazione duratura della personalità corrispondeva a una certa cristallizzazione psichica del modo di percepire, di pensare e reagire al mondo che circonda. Per quanto riferito agli altri criteri di Foerster, si poteva constatare una comorbidità in forma di un episodio depressivo di media gravità oltre ad un certo ritiro sociale, anche se non in tutti gli ambiti. Chiamato a indicare quali fossero le limitazioni funzionali constatate, lo specialista ha precisato che da un lato erano "i sintomi depressivi, quali, le idee d'inutilità, l'umore depresso, bassa autostima, riduzione dell'energia vitale, forti sensi di colpa e l'insonnia che limitano la capacità lavorativa. Questi sintomi di conseguenza compromettono fortemente l'attenzione e la concentrazione sui

compiti da eseguire. Da notare anche una diminuita capacità di integrazione sociale. ” Dall’altro lato vi erano “ le vertigini, la nausea, la cefalea, il rallentamento cognitivo, la stanchezza e il senso di precarietà, soggettivi sicuramente, ma per questo non meno reali e invalidanti per l’A.”. Le conclusioni del perito, fatte proprie dal SAM, meritano tutela.

2.7.3. Nel suo ricorso l’assicurato censura le conclusioni del perito sulla base di una certificazione dello psichiatra curante dr. _____ del 7 settembre 2016 e ribadendo le contestazioni già formulate in sede di osservazioni al progetto di decisione (cfr. in particolare lo scritto del dr. _____ dell’11 dicembre 2015, doc. AI 182) e sulle quali il SAM ha già esaurientemente preso posizione con uno scritto del 4 marzo 2016, di cui si dirà ove occorra in seguito. Il ricorrente censura innanzitutto il fatto di essere stato valutato dallo psichiatra sulla base di due soli colloqui, effettuati a breve distanza temporale (il 22 giugno e il 6 luglio 2015). Per quanto riferito a tale allegazione, il perito dr. _____ ha fatto osservare di aver peritato l’assicurato per complessivi 230 minuti, lasso di tempo a suo avviso sufficiente per conoscere una persona e di farsi un’idea anche di una complessa situazione psichica. Inoltre ha rammentato di aver pure proceduto a interpellare, mediante colloqui telefonici di 35 rispettivamente 30 minuti, lo psichiatra curante e la moglie dell’assicurato. Ora, a mente del TCA, la critica del ricorrente relativa alla durata della visita medica, che si sarebbe limitata a soli due colloqui, non modifica la valutazione giacché innanzitutto il TF ha già avuto modo di rilevare che il valore probatorio di un rapporto medico non dipende, di massima, dalla durata della visita, quanto piuttosto dalla sua completezza e concluzione (cfr. sentenza 9C_1013/2008 del 23 dicembre 2009, I 1094/06 del 14 novembre 2007, in RSAS 2008 pag. 393 consid. 3.1.1 con riferimenti). Il ricorrente fa dal canto suo riferimento alla giurisprudenza per la quale, nel caso in cui la patologia psichiatrica è caratterizzata da fasi di quiescenza e fasi di riacutizzazione, non è sufficientemente probante la valutazione psichiatrica peritale eseguita da uno specialista in psichiatria, fondata su un unico colloquio anziché estendersi su di un periodo di tempo più lungo, con colloqui approfonditi ed accompagnata dall’esecuzione di test indicativi e da un’attenta analisi delle dichiarazioni del paziente (cfr. STCA 32.2012.92 del 1° ottobre 2012, 32.2011.200 del 19 gennaio 2012, 32.2010.308 del 19 maggio 2011 e 32.2010.137 del 21 marzo 2011). Ora, da tale giurisprudenza il ricorrente non può dedurre valide motivazioni che possano nel caso concreto inficiare in qualche modo la validità delle conclusioni peritali. A prescindere dal fatto che il perito, interpellato in merito, ha fatto osservare che l’effettuazione di più di due incontri non è consuetudine, ritenuto che complessivi 230 minuti permettono a suo avviso di “conoscere una persona e di farsi un’idea anche di una complessa situazione psichica”, considerando altresì i colloqui avuti con lo psichiatra curante e con la moglie, va detto che nel caso che ci occupa se è vero che è stata posta quale diagnosi psichiatrica, fra le altre, quella di “ sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di media gravità (ICD 10, F 33.1)”, nel caso dell’assicurato non è stata fatta menzione di uno stato psichico fluttuante, con periodi di remissione della stessa e periodi di periodicità caratterizzati cioè da “ fasi di quiescenza e fasi di riacutizzazione” come era stato il caso della sentenza del TAF citata dal ricorrente (C-2693/2007 del 5 dicembre 2008; cfr. anche STCA 32.14.70 del 30 marzo 2015 e 32.12.185 del 14 febbraio 2013). Nel caso menzionato la Corte federale aveva in effetti ritenuto non sufficientemente probante la valutazione psichiatrica peritale fondata su un unico colloquio eseguita da uno specialista che non aveva riscontrato nulla di patologico ed invalidante, ritenuto in sostanza che non era possibile escludere che nella fase di esame l’assicurato si trovasse in una fase di remissione. I giudici federali hanno esposto quanto segue: " (...) Alla luce dei precedenti

rapporti e vista la principale caratteristica della patologia in esame che consiste in fasi di quiescenza e fasi di riacutizzazione, la perizia psichiatrica avrebbe dovuto estendersi su di un lasso di tempo più lungo, segnato da colloqui approfonditi ed accompagnato dall'esecuzione di test indicativi ed un'attenta analisi delle dichiarazioni del paziente. In altre parole, il parere del Dott. _____, fondato su di un unico colloquio ed una scarsa motivazione, non può essere tenuto quale fondamento della soppressione della rendita AI. A titolo di confronto si può paragonare la perizia del Dott. _____ con quella della Dott.ssa _____, ove, specialmente nelle rubriche "disturbi lamentati dall'assicurato ed esame oggettivo" si spiega in maniera convincente tutta la problematica, affinché l'amministrazione (ed eventualmente il giudice) possano esprimere il loro parere in modo convincente e senza esitazioni. Se, il giorno della visita specialistica, il perito non ha riscontrato nulla di patologico ed invalidante può essere anche imputabile alla circostanza che l'interessato fosse in un periodo di relativa quiescenza del male. Va qui segnalato, oltretutto, che egli assume dosi di antidepressivi massicce; questa posologia è verosimilmente stata cambiata in occasione del ricovero presso la Clinica di riabilitazione di _____. (...) Nel suo rapporto del 3 aprile 2007, lo psichiatra curante indica che il paziente riceve ben 80mg die di Citalopram e 0,75 mg die di Xanax, che la sindrome depressiva è solo in parziale remissione e che la decisione dell'AI penalizza in maniera grave il paziente nella sua volontà di riscatto. A questo proposito questo tribunale osserva che anche un esame sugli effetti secondari della terapia in un'ottica di capacità al lavoro sarebbe necessario, atteso che dosi così massicce di medicinali provocano, oltre al resto, uno stato di iperattività generale. Nel suo rapporto del 14 agosto 2007, il Dott. _____ riferisce un quadro nettamente patologico ed invalidante, nonostante le terapie in atto; l'esame oggettivo attesta una situazione psicologica grave e debilitante. Vero è che questo rapporto, come osservato dall'UAI cantonale e dal proprio medico di fiducia, esula dal periodo di cognizione giudiziaria, tuttavia il giudice delle assicurazioni sociali può tenere conto dei fatti verificatisi dopo la data dell'impugnata decisione quando essi possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 99 V 102). In conclusione quindi, questo tribunale non può trarre idonei, conclusivi e convincenti pareri dalla perizia del Dott. _____ nella misura in cui lo stato di salute del paziente ivi descritto e la conseguente valutazione della capacità di lavoro, sembra piuttosto riferita ad una fase di momentaneo benessere che non ad una situazione temporalmente più corrispondente alla realtà. (...)" (sottolineature della redattrice) Analoga era d'altra parte la situazione giudicata dal TCA - in applicazione della ricordata giurisprudenza federale - nel caso menzionato dal ricorrente (STCA 32.2014.134 del 21 luglio 2015). In quell'occasione l'assicurato era stato visitato nell'ambito di due soli colloqui dal perito psichiatra, il quale, malgrado talune incertezze e dubbi sul reale stato di salute dell'assicurato, aveva posto la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente (ICD10-F33.4) ritenendola tuttavia "attualmente in fase di remissione sintomatologica" e considerando quindi l'assicurato pienamente abile al lavoro. Secondo il Tribunale, ritenuto come il perito avesse visto l'assicurato soltanto due volte e soprattutto, in un lasso di tempo ravvicinato, e avesse pure espresso dei dubbi sulla sua reale situazione psichica, per ammettere una remissione della patologia escludente una valenza invalidante sarebbe stato necessario verificare una asintomaticità sull'arco di diversi mesi, considerato come fosse proprio una caratteristica della sindrome depressiva ricorrente quella di variare nel tempo. In quel caso del resto la periodicità dei momenti di remissione relativa della patologia, seguiti dai

momenti di media gravità della malattia, emergevano “ in tutta la loro chiarezza” dalla lettura degli atti, in cui un perito aveva affermato di avere visitato un assicurato trasandato e di discrete condizioni generali, mentre un altro l'aveva definito sufficientemente curato nella persona e nell'abbigliamento. La variazione nel tempo dell'incidenza della patologia sulla salute del ricorrente era del resto perdurata anche durante il periodo in cui era stato visitato dagli specialisti del SAM. In base a tutti questi elementi e sulla base anche della proposta del SMR, il TCA aveva pertanto concluso che l'Ufficio AI, per stabilire se nel caso di specie vi fosse stato effettivamente un miglioramento duraturo dello stato di salute psichico tale da modificare il diritto alla rendita, non avrebbe dovuto accontentarsi di due soli colloqui effettuati a due settimane di distanza l'uno dall'altro, ma avrebbe dovuto disporre un'osservazione di lunga durata al fine di poter esprimere una valutazione corretta e completa (STCA 32.2014.70 del 30 marzo 2015). Nel caso che ci occupa la situazione appare diversa e l'assicurato non può, sulla base dell'illustrata giurisprudenza, dedurre la necessità di effettuare valutazioni psichiatriche ulteriori. In effetti, contrariamente ai casi citati, il perito non solo ha ammesso un peggioramento anziché un miglioramento dell'assicurato, ma ha pure concluso per una situazione patologica seria e una conseguente inabilità lavorativa ragguardevole (50%), senza fare alcuna menzione ad una remissione sintomatologica. N'essun elemento, che del resto nemmeno l'interessato menziona, permette dunque di ipotizzare che nel momento in cui l'assicurato è stato peritato dal dr. _____ egli si trovasse in una fase di momentaneo benessere o di remissione tale da far dubitare dell'affidabilità della valutazione del perito. La sussistenza di una possibile situazione di quiescenza del male non è del resto nemmeno stata evidenziata dal dr. _____, il quale ha posto semmai l'accento più sulla gravità della patologia. Su quest'ultima tuttavia ben poteva il perito esprimersi compiutamente sulla base delle visite effettuate, dell'esame della documentazione agli atti e dei colloqui effettuati. Del resto sia nuovamente rilevato che il perito ha ammesso (contrariamente al curante) la diagnosi di depressione ricorrente, riconoscendone anche la gravità, addirittura qualificando l'episodio come di media gravità. A conferma del fatto che il perito ha valutato l'assicurato durante una fase “acuta” del male (o quantomeno non in remissione), va detto che i sintomi depressivi evidenziati nella sua valutazione erano sostanzialmente i medesimi di quelli menzionati dal dr. _____, vale a dire tono dell'umore depresso, sentimenti di colpa, autostima bassa, abulia, energia vitale ridotta, riduzione dell'interesse per le attività, e pessimismo. Laddove tuttavia per il curante era presente un disturbo depressivo persistente e un disturbo affettivo che secondo l'ICD-10 non era sufficientemente grave o prolungato da soddisfare i criteri di ciclotomia o distimia, o un episodio depressivo di gravità lieve o media, per il perito invece tale sintomatologia era comunque tale da soddisfare i criteri di una sindrome depressiva di media gravità, visto anche la durata della sintomatologia. La diagnosi di sindrome depressiva ricorrente è quindi stata posta dal perito sostanzialmente in virtù del protrarsi dei sintomi già segnalati dal curante. Questo Tribunale deve quindi confermare il ben fondato della valutazione peritale e ritiene che è a giusta ragione che l'Ufficio AI poteva basare la sua decisione al termine di una valutazione peritale approfondita e completa, anche se fondata su due soli colloqui. Sia peraltro ulteriormente osservato che in ogni modo il perito ha affermato che la patologia “più invalidante” non era la sintomatologia depressiva, ma la disfunzione vegetativa somatoforme (cfr. sopra consid. 2.7.2; doc. AI 163 pag. 27seg.). Per quanto riguarda d'altra parte la parziale discrepanza tra le diagnosi poste dal curante e quelle del perito, laddove il primo ritiene dato un disturbo di personalità anancastico mentre il secondo una modificazione duratura della personalità, il

dr. _____ ha motivato le differenze nella sua perizia (cfr. la citazione in esteso al consid. 2.7.2) e ulteriormente nella presa di posizione del 3 febbraio 2016 come segue: "(...) Dal punto di vista timico durante questo periodo il sottoscritto ha notato un peggioramento, motivo per il quale fu modificata la diagnosi del disturbo affettivo. Nella perizia si legge anche la motivazione di questo cambiamento: "La sintomatologia depressiva si osserva durante i colloqui, ma viene descritta anche dal Dr. _____, che circa sei mesi fa nel suo rapporto descriveva un disturbo depressivo persistente, un disturbo affettivo che secondo l'ICD-10 "non è sufficientemente grave o prolungata da soddisfare i criteri di ciclotimia o distimia, o per un episodio depressivo di gravità lieve o media". Durante l'attuale valutazione la sintomatologia depressiva, tra umore depresso, sentimenti di colpa, autostima bassa, abulia ed energia vitale ridotta soddisfaceva comunque i criteri di un episodio depressivo di media gravità, visto la durata della sintomatologia, nell'ambito di una sindrome depressiva ricorrente" Per quanto riguarda il disturbo somatoforme non è stata fatta nessuna modificazione e anche la diagnosi di "Modificazione duratura della personalità, successiva a malattia cronica" è stata motivata bene. Nella perizia a pagina 9 si legge che la Dr.ssa _____ ha osservato nel 2012 dei tratti anancastici e il Dr. _____, si è spinto nell'ultimo rapporto medico, di circa sei mesi fa, fino alla diagnosi di disturbo di personalità anacastico, il quale quattro mesi prima fu definito ancora come "sempre più probabile". Sono d'accordo che esistono dei tratti anancastici, quali perfezionismo, coscienziosità e meticolosità, che gli sono stati di grande aiuto nella sua carriera professionale e che oggi gli rendono difficile la vita, non sentendosi più capace di eseguire i suoi impegni con tali caratteristiche. Non ritengo però che questi tratti soddisfino, né oggi, né in passato, i criteri per un disturbo di personalità specifico. Per contro è evidente il cambiamento della personalità avvenuto a partire dall'inizio della malattia. Clinicamente si osserva un cambiamento nella percezione, nell'ideazione e nel comportamento rispetto al proprio ambiente e riguardo la propria persona. È difficile dire se questa modificazione di personalità, che oggi sembra piuttosto stabile, è da interpretare come un disturbo di personalità "acquisita" durante gli ultimi 6-7 anni o che si tratta di una recrudescenza nel tempo dei tratti anancastici, ma d'altra parte oggi gli aspetti percepiti dall'assicurato sono molto diversi da quelli anancastici. L'A. ossi si percepisce come una persona passiva, senza interessi, che non riesce più a farsi coinvolgere dalle molteplici attività di prima, si ritira dal mondo, non è più la persona sociale di prima e lamenta di essere dipendente da altri, non è più padrone della propria vita. Questo cambiamento dell'A. è stato confermato anche dalla moglie". Le motivazioni, come pure le diagnosi modificate sono state condivise con lo psichiatra curante. (...)” (doc. AI 186) Tali argomentazioni, fatte proprie dal SAM, non solo in sede di perizia ma anche della presa di posizione del 4 marzo 2016 (doc. AI 186), risultano convincenti. Del resto in merito l'assicurato non ha in seguito formulato altre allegazioni che permettano in qualche modo di modificarne il contenuto. Nel successivo certificato del 7 settembre 2016 dello psichiatra curante (doc. G) non sono in effetti state formulate in merito allegazioni di rilievo. Sia detto a titolo abbondanziale che le differenze nelle diagnosi non appaiono sostanziali, ove peraltro si rilevi che a giustificare il quadro inabilitante sono un insieme di sintomi elencati dal perito, sostanzialmente condivisi con il curante, e non tanto le diagnosi alle quali essi vengono ricondotti. La differente classificazione delle diagnosi è quindi da ricondurre ad un – in definitiva non rilevante – diverso apprezzamento del sostanziale medesimo quadro sintomatologico. Inoltre va in proposito nuovamente sottolineato che il perito ha ribadito che in ogni modo la patologia più invalidante era la disfunzione vegetativa somatoforme, diagnosi condivisa con il dr.

_____ (doc. AI 186). Quanto d'altra parte alla differente quantificazione dell'inabilità lavorativa che deriva dalle affezioni psichiatriche di cui l'assicurato è portatore, e, quindi, alla critica dell'insorgente per il quale non sarebbe comprensibile il motivo per cui a fronte di una diagnosi "più grave" posta dal perito rispetto a quelle del curante, egli avrebbe tuttavia concluso per una limitazione dell'inabilità lavorativa del 50% soltanto a fronte del 100% del curante, in merito il dr. _____, nella sua presa di posizione del 3 febbraio 2016, fatta propria dal SAM, ha osservato che: "(...) Le motivazioni, come pure le diagnosi modificate sono state condivise con lo psichiatra curante. Rimane allora la questione del riconoscimento del grado di invalidità del "solo" 50% da parte del sottoscritto, rispetto alla valutazione dello psichiatra curante, che ha "assegnato all'assicurato il 100%. La modificazione della personalità, anch'essa secondo la definizione dell'ICD-10 è un disturbo di personalità, ma non si tratta di "condizioni evolutive che compaiono nella tarda infanzia o adolescenza", bensì comportamenti che si sono sviluppati nel tempo in seguito a una malattia. Visto che si tratta soprattutto di definire la gravità dei vari disturbi riporto una definizione che ci permette di differenziare la gravità di un disturbo di personalità. "Un disturbo di personalità non grave è caratterizzato da un'immagine del proprio Sé stabile, è mantenuta l'unitarietà dell' IO e sono assenti comportamenti autodistruttivi, sentimenti cronici di vuoto e una rabbia immotivata e difficoltà di controllare la rabbia." L'A infatti possiede un'immagine del proprio Sé stabile e l'unitarietà dell'IO è mantenuta e sentimenti cronici di vuoto mancano, come è anche vero che egli è capace di stabilire una autentica relazione con l'altro da Sé, malgrado una certa difficoltà a gestire le sue emozioni e si può anche affermare un suo comportamento fondamentalmente organizzato. L'A. ha dato anche dimostrazione di saper intrattenere rapporti stabili. Un disturbo di personalità grave invece è caratterizzato dal funzionamento borderline di personalità, con alterazioni del funzionamento affettivo-relazionale grave, quali esplosioni di rabbia, intensa disforia, grave instabilità affettiva e relazionale con tendenza di avere legami fusionali e a mantenere relazioni simbiotiche, disturbi dell'identità e il ricorso all'utilizzazione di meccanismi primari di difesa, come scissione, identificazione protettiva o diniego. Inoltre dev'essere presente, per determinare la gravità, un disturbo dell'identità (diffusione o assenza di una chiara identificazione con incapacità di reggere, organizzare ed elaborare la solitudine o di stare con se stessi), la perdita dei confini tra mondo interno e mondo esterno e alterazioni dell'esame di realtà. Possiamo a mio avviso allora affermare che si tratta di un disturbo di personalità non grave, e di conseguenza senza, o al limite con un influsso molto lieve sull'incapacità lavorativa (motivo per il quale il disturbo è stato incluso nella categoria "con influsso sulla capacità lavorativa"). Per quanto riguarda l'attribuzione di una percentuale d'inabilità lavorativa per il disturbo affettivo ricordo le linee guida per la "Valutazione peritale delle malattie psichiatriche e psicosomatiche" (Begutachtung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen, Klasse Sk2, Registerrir. 051/29): dell'AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.). Secondo la tabella 1 (p.82/83) (Foerster et al. 2007) la limitazione che corrisponde alla sintomatologia di un episodio depressivo di media gravità ammonta al massimo a una limitazione del 40%, mentre la stessa tabella attribuisce a un disturbo somatoforme, con una grave limitazione della sfera psichica ed emozionale e una marcata riduzione fisica e funzionale quantificata, una riduzione fino al 30%. I sintomi delle due patologie diagnosticate in parte si sovrappongono e si condizionano a vicenda. La depressione "rinforza" la disfunzione vegetativa, aumentandone l'intensità. D'altra parte la sensazione che il cervello si comprime, i forti acufeni sia a destra che a sinistra, le vertigini e le sue

conseguenze sull'equilibrio e la marcia, il mal di testa con pressione nella parte frontale della testa e dietro l'occhio sinistro", possono portare alla depressione e, d'altra parte, la depressione sensibilizza notevolmente l'individuo a provare queste sensazioni. Questo il motivo perché le percentuali di inabilità delle patologie non sono state "semplicemente" sommate." (...) (doc. AI 186) Tali motivazioni, approfondite e chiare, appaiono convincenti e questo Tribunale ritiene di doverle condividere, anche considerando come il ricorrente, rispettivamente il suo psichiatra curante, non abbiano fatto valere argomentazioni che possano in qualche modo smentirle. In realtà la differente conclusione in punto alla misura dell'inabilità lavorativa tratta dal curante configura essenzialmente un diverso apprezzamento basato sul medesimo quadro clinico e sintomatologico. Richiamato il principio giurisprudenziale per cui 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, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) 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), le differenti conclusioni del dr. _____ non permettono, alla luce delle coerenti e convincenti argomentazioni del dr. _____, di scostarsi dalle conclusioni di quest'ultimo. Con specifico riferimento alla diagnosi di Disfunzione vegetativa somatoforme, va detto che secondo la giurisprudenza del TFA (cfr. consid. 2.4), un disturbo somatoforme 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. Al riguardo, nella sentenza 12 marzo 2004, pubblicata in 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 e 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 I 702/03 del 28 maggio 2004 e I 870/02 del 21 aprile 2004; Pratique VSI 2000 p. 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, p. 76 segg. e 80 segg.). Nella fattispecie, per quanto riguarda i criteri di Förster, il dr. _____ ha riferito che nel caso dell'assicurato, si era confrontati, secondo i criteri di Foerster, con uno stato psichico cristallizzato che non era più suscettibile di un'evoluzione favorevole. Anche la modificazione duratura della personalità corrispondeva a una certa cristallizzazione psichica del modo di percepire, di pensare e reagire al mondo che circonda. Per quanto riferito agli altri criteri di Foerster, si poteva constatare che esisteva una comorbidità in forma di un episodio depressivo di media gravità ed era pure osservabile un certo ritiro sociale, anche se non in tutti gli ambiti. Inoltre, l'assicurato aveva condotto varie terapie psichiatriche/psicoterapiche, senza aver sviluppato la minima consapevolezza di malattia e senza il minimo miglioramento sulla patologia. In sostanza dunque, come detto, secondo la specialista, la limitazione della capacità lavorativa dell'assicurato a dipendenza della patologia somatoforme, unitamente a quella più prettamente depressiva e alla modificazione duratura della personalità, era globalmente del 50%. Come dianzi anticipato (cfr. consid. 2.4), va qui nuovamente rilevato che nella recente sentenza 9C_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281, il TF 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) e secondo cui 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. Al consid. 8, il TF ha rammentato che, come già spiegato in DTF 137 V 210, le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale. Inoltre, a seguito della sentenza 9C_492/2014 del 3 giugno 2015 va segnalato che l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) ha emesso due lettere circolari, nel mese di luglio 2015 e nel settembre 2015. In data 9 settembre 2015 ha quindi reso un'ulteriore lettera circolare, la n. 339 con la quale è stato elaborato in seno ad un gruppo di lavoro interdisciplinare un unico mandato per le perizie mediche dell'assicurazione invalidità" (cfr. "Mandato relativo alle perizie mediche dell'AI"; cfr. https://www.bsvlive.admin.ch/vollzug/storage/documents/4379/4379_1_it.pdf). Orbene, nella fattispecie, come visto, la vertenza ruota attorno al carattere invalidante delle problematiche otorinolaringoiatriche e le diverse diagnosi psichiatriche. Inoltre non sono state mosse specifiche e circostanziate contestazioni riguardo alla diagnosi di Disfunzione vegetativa somatoforme, e il dr. _____ ha ben motivato le sue conclusioni in merito alle ripercussioni (ammesse in misura tutt'altro che trascurabile) di tale affezione sull'assicurato, procedendo pure all'analisi dei criteri di Förster. Di conseguenza, non è necessario approfondire l'aspetto somatoforme secondo i criteri apportati dalla citata nuova giurisprudenza, non trattandosi nella specie della presunzione del superamento del disturbo somatoforme con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile – oramai abbandonata dal TF –, ma di una valutazione conclusiva. Alla valutazione del perito dr. _____ e del SAM, va quindi prestata adesione. 2.7.4 Pertanto, alla luce di questi singoli consulti, da

considerare approfonditi e ben motivati, effettuata una discussione plenaria tra i vari specialisti che ha ben valutato le varie problematiche esistenti, il SAM ha con pertinenza concluso che a dipendenza delle diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di Persistente disfunzione otolitica sin. in vertigine multifattoriale, Sindrome depressiva ricorrente, attuale episodio di media gravità (ICD-10 F 33,1), Disfunzione vegetativa somatoforme (ICD-10 F 45.3) e Modificazione duratura della personalità, successiva a malattia cronica (ICD-10 F 62.9), l'assicurato presentava una capacità lavorativa del 40% nella sua professione di impiegato di banca con la funzione di responsabile amministrativo dell'ufficio arte, da intendersi come lavoro a metà tempo con una leggera riduzione del rendimento. La limitazione era a detta dei periti dovuta alle problematiche otorinolaringoiatriche e psichiatriche. Queste ultime in particolare gli causavano idee d'inutilità, umore depresso, bassa autostima, riduzione dell'energia vitale, forti sensi di colpa e l'insonnia, che risultavano limitanti sulla capacità lavorativa in quanto compromettenti l'attenzione e la concentrazione sui compiti da eseguire, sommati anche alle vertigini, la nausea, la cefalea, il rallentamento cognitivo, la stanchezza ed il senso di precarietà. Quanto alla patologia ORL, la stessa causava nell'assicurato una sensazione di compressione bilaterale ed un'instabilità. Per quanto riguarda in particolare un eventuale cumulo tra l'inabilità lavorativa dal profilo psichiatrico (50%) e quella dal lato ORL (pure del 50%), secondo i periti SAM era giustificabile solo una parziale somma delle inabilità in quanto le patologie psichiatriche e ORL erano in gran parte intrecciate e i limiti funzionali si sovrapponevano parzialmente. Tale conclusione, contestata dal ricorrente, merita conferma. In effetti, quanto alla valutazione globale delle patologie, va qui ricordato che secondo l'Alta Corte, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie, non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati (cfr. STF 9C_913/2012 del 9 aprile 2013, 9C_330/2012 del 7 settembre 2012; SVR 2008 IV Nr. 15). La questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr. STFA I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, p. 485). In una sentenza I 606/03 del 19 agosto 2005, l'Alta Corte ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell'incapacità lavorativa va di regola eseguito nell'ambito di una perizia pluridisciplinare. In una sentenza I 514/06 del 25 maggio 2007, pubblicata in SVR 3/2008 IV nr. 15, pp. 43-45, il TF ha ulteriormente osservato che "una semplice addizione di diverse inabilità lavorative parziali, eventualmente presa in considerazione in occasione di una perizia pluridisciplinare, può produrre, a seconda delle peculiarità concrete del caso, un risultato troppo consistente oppure troppo esiguo". Nella sentenza 32.2011.236 del 17 giugno 2013 il TCA ha nuovamente avuto modo di sottolineare l'importanza, nel caso di assicurati affetti da diverse patologie, di determinare il grado complessivo di incapacità lavorativa facendo capo ad un giudizio globale, scaturente su una ponderata discussione plenaria fra gli esperti interessati (cfr. STF 9C_330/2012 del 7 settembre 2012; 8C_245/2012 del 9 aprile 2013). Nella fattispecie, a proposito della valutazione globale delle diverse patologie di cui è affetto il ricorrente, in ossequio a tale giurisprudenza, i diversi specialisti interpellati dal SAM hanno concluso, mediante una discussione plenaria concernente la questione della cumulabilità delle differenti incapacità lavorative - optando appunto per un parziale cumulo dei limiti funzionali dovuti alle patologie ORL e psichiatriche; cfr. doc. AI 163 -, in sede di teleconferenza il 27 ottobre 2015 con condivisione di tutti i medici coinvolti (doc. AI 186 p.

6). Hanno quindi espressamente dichiarato di aver preso conoscenza dei contenuti e delle conclusioni dei periti e di concordare con gli stessi, mediante espressa sottoscrizione all'ultima pagina della perizia, dando altresì atto di aver esaminato, tramite una discussione collegiale, la questione dell'incidenza rispettiva dei gradi d'incapacità lavorativa attestati dai vari profili somatici sulla capacità lavorativa globale. Nello scritto 4 marzo 2016 il SAM ha ulteriormente motivato la conclusione di inabilità lavorativa globale del 60% come segue: " (...) A riguardo della contestazione circa il fatto che non abbiamo ritenuto di sommare le incapacità lavorative, queste non sono arbitrarie. Riteniamo che nella perizia lo abbiamo ben motivato. I problemi di ordine ORL, in particolare la persistente disfunzione otolitica sinistra con vertigini è di origine multifattoriale, cioè, come ben descritto in modo chiaro e a più riprese anche dai colleghi dell'_____ di _____, di origine somatoforme, pertanto non possono essere sommate, perché l'origine del disturbo è psicologica-psicosomatica. I certificati dei medici curanti non sono stati completamente ignorati. Ricordiamo che i periti devono basarsi su dati oggettivi e verificabili e che la problematica psicosomatica psicologica è stata presa attentamente in considerazione dal Dr. _____ ed è certamente la componente con maggior influsso sulla capacità lavorativa, la disfunzione otolitica sin. di per sé non può essere giustificata dalla nota deiscenza del canale semicircolare. I disturbi lamentati a livello ORL sono l'espressione di un disagio psicologico che ne determina l'entità. Pertanto, se dal lato ORL è stata riconosciuta un'incapacità del 50% e anche dal punto di vista psichiatrico un 50%, siccome l'espressione del disagio psichiatrico si esprime a livello ORL con vertigini, ecc., abbiamo integrato parzialmente le incapacità lavorative e siamo giunti a una capacità lavorativa globale del 40% nell'ultima attività lavorativa svolta e in attività adeguata, perché entrambi i consulenti nelle loro valutazioni hanno preso in considerazione esattamente gli stessi disturbi lamentati dall'A., dove in primo piano si situano le vertigini. Ricordiamo che la valutazione complessiva della capacità lavorativa è stata discussa tra i vari periti e consulenti del SAM nella teleconferenza del 27.10.2015, alle ore 11:50, con condivisione da tutti i medici coinvolti nel caso. Rimandiamo pure al capitolo 8.1.2 della perizia del 28.10.2015. (...) (doc. AI 186) Tale conclusione, che fa capo ad un giudizio globale dopo ponderata e accurata discussione tra i periti coinvolti, non può essere messa in discussione da questo Tribunale, ma merita conferma. Complessivamente dunque all'assicurato era ascrivibile una capacità lavorativa del 40% (lavoro a metà tempo, con riduzione del rendimento) come impiegato di banca con la funzione di responsabile amministrativo dell'Ufficio _____ così come in altre attività compatibili. La diminuzione della capacità lavorativa complessiva dal 50% al 40%, ascrivibile all'insorgenza di patologie invalidanti di natura psichiatrica, secondo il perito psichiatra e il SAM era da posizionare temporalmente al mese di gennaio 2015, ossia sostanzialmente da quando la sintomatologia depressiva era peggiorata, come del resto riferito dal dr. _____ nello scritto del 5 dicembre 2014 (doc. AI 134 e 163 pag. 32). Sino alla fine del mese di dicembre 2014 valevano per contro le condizioni stabilite in precedenza dall'Ufficio AI del Canton Ticino mediante la decisione, cresciuta in giudicato, del 10 aprile 2013. Anche per quanto concerne tale conclusione - censurata dal ricorrente che vorrebbe far risalire il peggioramento già al mese di maggio 2013 - le motivazioni del perito appaiono convincenti. In effetti il dr. _____, nel suo referto peritale del 1. ottobre 2015 (doc. AI 163 pag. 637), ha ben illustrato che dall'esame della documentazione agli atti emergeva che l'inizio della disfunzione vegetativa era collocabile verso la fine del 2008, mentre la modificazione duratura della personalità si era formata gradualmente durante i 6-7 anni precedenti. Quanto alla sintomatologia depressiva, la

stessa, anche se l'assicurato non era riuscito in passato, fino al 2012, ad esprimerla adeguatamente, come si legge nel rapporto del dr. _____ e come aveva osservato anche la dr.ssa _____ nella sua perizia allestita il 14 settembre 2012 (doc. AI 59 pag. 274), la stessa era sempre esistita, " ma fino a circa sei mesi fa era da considerare al massimo come lieve. In seguito col tempo la sintomatologia depressiva era peggiorata fino a raggiungere la gravità media di oggi " (doc. AI 163). In considerazione dell'aggravamento del quadro psichiatrico quindi, da situare all'inizio del 2015, era quindi ammissibile la presenza di patologie psichiatriche con valenza invalidante. In proposito non permette di concludere diversamente la certificazione del dr. _____ del 22 luglio 2013, prodotta in questa sede dall'insorgente. In effetti, con la stessa il dr. Pianezzi, che peraltro è internista e quindi non specialista nella materia che qui interessa, non menziona alcun elemento clinico rilevante, ma si limita in definitiva a segnalare un subentrato peggioramento soprattutto a livello psicologico, specificando tuttavia che un recupero della capacità lavorativa restava possibile dopo 3-4 mesi. Di tale valutazione è del resto stato tenuto conto in sede di allestimento della perizia del SAM (doc. F e doc. AI 163). Il denunciato peggioramento, che peraltro non è stato sufficientemente motivato, sembrava avere dunque all'epoca natura transitoria. Certo, la conclusione del dr. _____ (che indica un'inabilità lavorativa completa dal maggio 2013) è, anche su questo punto, differente. Tuttavia, richiamate nuovamente le riserve che si impongono in sede di valutazione di certificazioni rese dal medico curante (cfr. sopra e fra le altre la STF 9C_949/2010 del 5 luglio 2011), la sua conclusione appare nuovamente il frutto di un diverso apprezzamento del medesimo quadro clinico che tuttavia non viene ricondotto ad elementi sostanziali convincenti. Del resto non è superfluo rilevare che l'inizio della presa a carico dell'assicurato da parte del dr. _____ coincide con il momento in cui il medesimo specialista ha indicato la decorrenza dell'inabilità completa (doc. AI 134), ciò che lascerebbe intuire che la sua conclusione si riferisce ad un apprezzamento della capacità lavorativa del paziente più che ad una valutazione di decorso della affezioni psichiatriche. Né del resto l'assicurato fa valere nel suo ricorso altre considerazioni che permettano in qualche modo di scostarsi dalle conclusioni del SAM. In particolare prive di rilievo sono le allegazioni che mirano a sostenere che le patologie psichiatriche invalidanti fossero presenti già in epoca precedente alla prima perizia SAM del 10 dicembre 2012 e del referto peritale della dr.ssa _____ del 14 settembre 2012. In proposito basti rilevare che la situazione fino al momento determinante della resa della prima decisione di attribuzione della mezza rendita, del 10 aprile 2013, è già stata oggetto di valutazione da parte di questo Tribunale, il quale, mediante pronuncia cresciuta in giudicato del 10 febbraio 2014, ha già stabilito in modo definitivo che, tra l'altro, fino al momento determinate della resa del provvedimento amministrativo non erano date affezioni psichiatriche invalidanti (STCA 32.2013.96; cfr. consid. 1.1). Ininfluenza si appalesa infine anche il riferimento al fatto che l'assicurato non si è infine sottoposto alla suggerita degenza stazionaria per un trattamento psicofarmacologico, considerato come tale aspetto non abbia influito sulla decisione dell'amministrazione. Quanto inoltre ai certificati del dr. _____, gli stessi, del tutto generici e senza alcuna indicazione nemmeno della diagnosi posta, non sono manifestamente atti a modificare le conclusioni peritali del SAM. Gli stessi, che peraltro sono stati resi da un generalista e quindi non specialista delle materie interessate, non apportano in effetti alcun nuovo elemento oggettivo diagnostico o clinico, non prendono minimamente posizione sulla dettagliata valutazione del SAM e non indicano i motivi per i quali le conclusioni di inabilità si discostano da quelle del SAM, rispettivamente le ragioni

per le quali le conclusioni peritali non dovrebbero essere corrette. Non permettono di modificare le suesposte conclusioni nemmeno i riferimenti alla censura per cui il SAM non si sarebbe rivolto all'ospedale _____ di _____ per un parere sulla questione ORL. A prescindere dal fatto che in merito il SAM ha preso adeguatamente e ampiamente posizione nello scritto del 4 marzo 2016, va detto in merito che, come è stato esposto, l'inabilità lavorativa a dipendenza della patologia ORL non ha subito alcuna modificazione di rilievo successivamente alla precedente valutazione SAM e alla decisione del 10 aprile 2013, cresciuta in giudicato. Il dr. _____ ha in effetti confermato la diagnosi invalidante di disfunzione otolitica sin, in vertigine multifattoriale, confermando la diagnosi posta dall'Ospedale _____ di _____, precisando che lo stato ORL era rimasto stabile e invariato a confronto alla precedente perizia SAM del 10 dicembre 2012, con incapacità lavorativa del 50%. Come detto, questa valutazione è stata effettuata in modo completo e approfondito, completata anche da un esame vestibolare ed un'audiometria tonale. Alla stessa va prestata completa adesione, non solo poiché basata anche sulla documentazione dell'ospedale di _____, ma anche poiché il ricorrente non ha prodotto alcun certificato specialistico o del curante che in qualche modo documenti una modificazione, segnatamente nel senso di un aggravamento, delle patologie ORL diagnosticate dal SAM. Questa Corte deve quindi senza riserve aderire alle conclusioni del SAM, per il quale le certificazioni prodotte dal ricorrente, prodotte in parte già in sede di osservazioni al progetto, non oggettivano elementi che possano comportare una modifica della dettagliata valutazione eseguita dal SAM e che permettano quindi di discostarsi dalla stessa, ribadito peraltro il principio per cui 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). In conclusione, rispecchiando la perizia SAM del 28 ottobre 2015 tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.6) e non essendo provato un peggioramento duraturo e incidente sulla capacità lavorativa, intervenuto dopo la resa della perizia e prima della decisione contestata del 7 luglio 2016 (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 - sulla base anche del parere del medico SMR (sul valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR cfr. la STFA I 938/05 del 24 agosto 2006; cfr. anche sopra al consid. 2.6) -, e 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 ammesso l'intervento di un peggioramento delle condizioni da situare al mese di gennaio 2015, ritenuto che il ricorrente, se precedentemente andava considerato inabile nella misura del 50%, dal gennaio 2015 doveva essere considerato inabile nella sua abituale professione e in altre adatte nella misura del 60%. Dal gennaio 2015 era quindi subentrato un peggioramento dello stato di salute e, quindi, anche della capacità lavorativa sia nell'attività abituale che in attività adeguate. Visto quanto sopra, questo Tribunale ritiene pertanto che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurato sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti. Al riguardo, va fatto presente che 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 p. 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). Ne discende che la richiesta del ricorrente di procedere ad accertamenti ulteriori, segnatamente l'audizione del dr. _____ e del dr. _____ e l'allestimento di una nuova perizia pluridisciplinare (doc. VI), va respinta. 2.8. Per quel che concerne l'aspetto economico - che in concreto è rimasto incontestato - come già concluso in maniera vincolante nella precedente pronuncia del TCA del 10 febbraio 2014, nel presente caso è indicato un raffronto percentuale dei redditi (DTF 114 V 313 consid. 3a e riferimenti; STF 9C_776/2007 del 14 agosto 2008 e I 759/2005 del 21 agosto 2006; Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, tesi Friburgo 1995, pag. 154). In effetti, per la giurisprudenza se il danno alla salute non è tale - come in casu, in base alle risultanze peritali - da imporre un cambiamento di professione, di regola il giudizio sull'incapacità al guadagno non esprimerà valori superiori all'incapacità lavorativa indicata dal medico. Questo perché si suppone che esplicando tutto l'impegno professionale che la restante capacità lavorativa medico-teorica ancora permette di sviluppare, l'assicurato esprima una capacità di guadagno della medesima proporzione (RAMI 1993 U 168, pag. 100; DTF 114 V 313, consid. 3b; cfr. STF 9C_294/2008 del 19 marzo 2009). Ammesso quindi un peggioramento delle condizioni di salute dal gennaio 2015 con una conseguente inabilità lavorativa del 60%, visto che l'assicurato presenta, dal gennaio 2015, secondo la valutazione pluridisciplinare del SAM, una capacità lavorativa del 40% nella sua attività abituale di impiegato di banca (responsabile amministrativo dell'ufficio _____) e in altre attività confacenti, per ridurre il danno egli può continuare a mettere a frutto questa capacità nella sua professione. Pertanto, il reddito da invalido che egli potrebbe conseguire mettendo a frutto la sua capacità lavorativa residua corrisponde al 40% del reddito realizzabile senza il danno alla salute, ciò che apre il diritto ad tre quarti di rendita di invalidità. Sono quindi dati i presupposti per procedere ad una revisione della prestazione ai sensi dell'art. 17 LAI. 2.9. In simili circostanze, visto tutto quanto precede, è a ragione che l'Ufficio AI ha modificato il diritto alla rendita di invalidità sostituendo la mezza prestazione con tre quarti di rendita con effetto dal 1° maggio 2015, (ovvero tre mesi dopo l'intervento del peggioramento; cfr. art. 88a cpv. 2 OAI). Ne consegue che la decisione impugnata merita conferma, mentre il ricorso va respinto. 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.