

TI_GERICHTE 32.2017.42 vom 15. Februar 2017

TI Tribunale d'appello, 2017-02-15, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.42

FR: TI_GERICHTE 32.2017.42 du 15 février 2017

IT: TI_GERICHTE 32.2017.42 del 15 febbraio 2017

Erwägungen

E. 17

LPGA (DTF 130 V 343 consid. 3.5). La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità o della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità, è stato stabilito un termine al momento della fissazione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza (art. 87 cpv. 1 lett. a OAI); o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità, della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità (art. 87 cpv. 1 lett. b OAI). Invece, se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o di grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 OAI). Infine, qualora la rendita, l'assegno per grandi invalidi o il contributo per l'assistenza siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente, perché non è stata riconosciuta una grande invalidità o perché il bisogno di aiuto era troppo esiguo per avere diritto al contributo per l'assistenza, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se sono soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 2 (art. 87 cpv. 3 OAI). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C_303/2012 e 8C_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). Giusta l'art. 29bis OAI, se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni, presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. Infine, una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plaidoyer 1/06, pag. 64-65). Quanto agli effetti della revisione di una rendita, per l'art. 88bis cpv. 2 OAI la riduzione o la soppressione della

rendita è messa in atto, al più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (lett. a). Essa può però intervenire anche retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante, se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato oppure se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 (lett. b). L'art. 88bis OAI è applicabile non solo in caso di revisione, ma anche in caso di modifica del diritto alla rendita stabilito in via di riesame (riconsiderazione) (Meyer, *Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum IVG*, 2a edizione 2010, ad art. 30/31 (17 ATSG), pag. 395; Müller, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, 2003, pag. 95). Condizione necessaria per l'applicazione dell'art. 88bis OAI è che l'errore giustificante una riconsiderazione concerna un argomento specifico dell'AI. La riduzione o soppressione della rendita a seguito di riconsiderazione avviene quindi di principio, giusta l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI, con effetto pro futuro, eccezion fatta per i casi in cui l'assicurato ha violato il suo obbligo di informare, nel qual caso una modifica ha effetto ex tunc (art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI; DTF 110 V 297 e 330, 119 V 432; Müller, op. cit., pag. 95 segg.). Il TFA ha pure stabilito che l'inizio della soppressione con effetto ex nunc della rendita va stabilito in applicazione analogica dell'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI (DTF 111 V 197).

2.4. La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 130 V 349 consid. 3.5; DTF 113 V 275 consid. 1a; DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b; DTF 109 V 116; DTF 105 V 30; RCC 1989 p. 323). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGa (DTF 130 V 351; DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2010, p. 379). A proposito della notevole modifica del grado d'invalidità quale condizione di revisione prevista dall'art. 17 cpv. 1 LPGa, nella DTF 133 V 545 la nostra Massima Istanza ha precisato che per le rendite dell'assicurazione invalidità, anche una modifica di poco conto nello stato di fatto determinante può dare luogo a una revisione se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di una soglia minima (cfr. consid. 6). La revisione si occupa di modifiche nella situazione personale della persona assicurata (stato di salute, fattore economico). Modifiche di poco conto dei dati statistici non giustificano per contro una revisione di una rendita d'invalidità, nemmeno se a seguito di queste modifiche il valore soglia viene superato (per eccesso o per difetto; cfr. consid. 7). Nella STF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013 il Tribunale federale ha rammentato che una riduzione o soppressione può essere adottata quando le circostanze di fatto (di natura valetudinaria e/o economica) rilevanti per il diritto alla rendita si sono modificate in maniera considerevole (cfr. DTF 130 V 343 consid. 3.5 pag. 349 con riferimenti). Secondo il principio dell'onere probatorio

materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado della verosimiglianza preponderante (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81, STF 9C_418/2010, consid. 3.1; cfr. anche sentenza 9C_32/2012 del 23 gennaio 2013, consid. 2). Inoltre, nella successiva STF 9C_745/2012 del 30 aprile 2013, l'Alta Corte ha ricordato che a differenza di quanto prescritto dall'art. 17 cpv. 2 LPGA per le altre prestazioni durevoli, l'art. 17 cpv. 1 LPGA non esige in relazione alla revisione di una rendita d'invalidità una modifica notevole dello stato di fatto, ma (solo) una modifica notevole del grado d'invalidità. Questa modifica può risiedere sia in un cambiamento dello stato di salute sia in una modifica della componente lucrativa (STF 9C_886/2011 del 29 giugno 2012 consid. 3.1; DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Da ultimo, nella DTF 141 V 9 (SVR 2015 IV Nr. 21) il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; STF 9C_710/2016 del 18 aprile 2017 consid. 4.1; STF 9C_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; STF 9C_226/2013 del 4 settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (cfr. consid. 5 e 6). 2.5. Va ancora ricordato che per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165 = RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998 consid. 3b; Locher/Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2014, pag. 98). Al riguardo, nella STFA I 166/03 del 30 giugno 2004 al consid. 3.2 l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...)". Secondo la giurisprudenza del TFA, siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992

pag. 182 consid. 2a con riferimenti). Nella STF I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che “(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)”. Va infine rilevato che nella DTF 141 V 281 il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza relativa alle affezioni psicosomatiche, compresi i disturbi somatoformi dolorosi. La capacità di lavoro deve essere valutata nell’ambito di una procedura in cui i fatti sono stabiliti in maniera strutturata, alla luce delle circostanze del caso particolare e senza risultati predefiniti. In particolare, la presunzione secondo cui questi disturbi possono generalmente essere sormontati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile è stata abbandonata.

2.6. Nel caso di specie, dopo avere richiamato gli atti medici ritenuti determinanti e la documentazione acquisita dall’assicuratore infortuni, sentito il parere del Servizio Medico Regionale, l’Ufficio assicurazione invalidità ha disposto una perizia pluridisciplinare affidata al Servizio Accertamento Medico (doc. 120), sui cui esiti si è basato il dr. med. _____ nel suo rapporto finale SMR del 9 dicembre 2013. L’Ufficio AI ha a sua volta poi fatto proprie le conclusioni del medico SMR per emettere in un primo tempo il progetto di decisione dell’8 settembre 2014 con cui stabiliva al 50% la capacità lavorativa dell’assicurato in attività rispettose dei limiti funzionali e di carico. A seguito delle osservazioni sollevate dall’assicurato in merito alla riduzione del suo diritto alla rendita (da intera a mezza) e al suo stato di salute comprovato mediante nuovi certificati medici, l’amministrazione l’ha sottoposto a fine 2015 a una nuova perizia pluridisciplinare per valutare l’attestato peggioramento dal punto di vista psichiatrico da parte dei medici curanti. Nel rapporto peritale del 23 giugno 2016 (doc. C) i periti hanno concluso che le valutazioni prodotte dall’assicurato non apportavano modifiche sostanziali alla valutazione espressa nell’ambito della precedente perizia del 28 novembre 2013. Il medico SMR ha fatto proprie tali conclusioni e l’amministrazione ha quindi emesso il 27 luglio 2016 (doc. 220) un nuovo progetto di decisione che annullava e sostituiva il precedente, ma che lo confermava per quanto concerne la capacità lavorativa residua in attività adeguata stabilita sempre nel 50%. Anche il complemento del 30 novembre 2016 (doc. 238) del SAM, su cui si è basato l’Ufficio AI per emettere la decisione del 15 febbraio 2017 qui impugnata, si rifà alla valutazione del 2013. Occorre dunque esporre la perizia pluridisciplinare resa il 28 novembre 2013 (doc. 120) dal Servizio Accertamento Medico, che ha effettuato degli accertamenti ambulatoriali nei giorni 21 e 24 agosto, 4, 7 e 26 settembre, come pure il 3 ottobre 2013. Nel rapporto peritale vengono riassunti tutti gli atti medici messi a disposizione ed esposta l’anamnesi familiare, personale-sociale, professionale, patologica, sistemica, le affezioni attuali, la descrizione della giornata, la terapia in atto, come pure le constatazioni obiettive con lo status, gli esiti degli esami di laboratorio, radiologici e cardiologici esperiti nell’ambito della valutazione peritale. Segue poi una sintesi dei singoli consulti specialistici. Il 24 agosto e il 7 settembre 2013 la dr.ssa med. _____, medico chirurgo, specialista in psichiatria, ha avuto dei colloqui con l’interessato della durata di 60 rispettivamente di 45 minuti. Nel suo rapporto dell’8 settembre 2013 (doc. 120 pag. 435), dopo avere elencato gli atti medici su cui si è basata, esposta l’anamnesi personale e patologica, i dati clinici denunciati soggettivamente dall’assicurato, la farmaco terapia assunta e lo status psichico, la psichiatra ha posto la diagnosi di sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10: F41.2) e di elaborazione di sintomi fisici per motivi

psicologici (ICD-10: F68.0). La perita non ha riscontrato elementi attuali ed anamnestici compatibili con una diagnosi di PTSD (sindrome post traumatica da stress) né al momento un quadro depressivo tout court, quanto piuttosto un quadro misto esordito nel 2009 come reattivo all'infortunio e non ben metabolizzato per cui si è strutturato in un quadro ansioso-depressivo poco rispondente alle terapie prescritte. L'esperta concordava con il quadro rilevato dal collega dr. med. _____ nell'agosto 2010 nell'ambito di una visita specialista eseguita per conto dell'assicuratore infortuni, secondo cui la prognosi era passibile di peggioramento per l'attitudine dell'assicurato ad implodere, a soccombere, ad attendersi una risoluzione esterna. Questo aspetto appariva poco in linea con una personalità ben strutturata premorbosa; ella ha ipotizzato una modifica di tratti di personalità antecedenti all'infortunio che inficiava il procedere del percorso dell'interessato, non necessariamente per una sua attivazione, ma anche per un difetto attitudinale alla reazione, all'attivazione, per un difetto-caratterizzazione dell'elaborazione per motivi psicologici non evidenti da rintracciare. Nelle sue conclusioni la dr.ssa _____ ha affermato che di fondo la diagnosi di sindrome mista ansioso-depressiva, a quel momento, stante l'impossibilità di dirimere in maniera definitiva e non controvertibile tra un quadro oggettivo e un ampliamento sintomatico, doveva considerare i limiti personologici messi in luce nell'interazione interpersonale, il difetto di caricabilità, di reazione, di motivazione che comunque andavano inseriti nella disfunzione psichica attuale dell'assicurato (F68.0). Quest'ultimo non sembrava attivamente simulare, ma piuttosto poter essere preso nel gergo dei benefici secondari da cui, anche per motivi economici, poteva essergli difficile uscire. Il fatto che risultasse non consapevole comportava una qualità espressiva della sindrome mista più rilevante di quanto non sarebbe accaduto in un soggetto all'esordio e in un soggetto con qualità personologiche più funzionali e adeguate. D'avviso della perita il quadro motivava una percentuale di inabilità lavorativa del 50% come difetto di rendimento per la terapia assunta e il difetto di risposta. L'assicurato appariva mediamente migliorato dalla perizia esperita nel dicembre 2011 dal collega _____ per conto dell'assicuratore infortuni, mentre da quella del dr. med. _____ mediamente peggiorato rispetto all'espressività. Due-tre anni di patologie e di ritiro dal normale percorso di vita e lavorativo erano elementi che non potevano essere irrilevanti sulla possibilità di recupero, di una riapertura della motivazione del soggetto. La psichiatra ha consigliato vivamente una seconda valutazione a circa sei mesi, dopo congruo periodo in struttura residenziale con le modifiche farmacologiche suggerite e determinati monitoraggi. A suo dire, in assenza di ciò non si sarebbero avute sostanziali modifiche, ma una tendenza all'incistamento e alla prognosi negativa. Dopo il soggiorno in un'apposita struttura la specialista ha suggerito di rivederlo anche con un test di personalità e uno neuropsicologico per scongiurare eventuali effetti organici (compatibili con l'evento traumatico) a quel momento non presumibili. L'inabilità lavorativa dal punto di vista psichiatrico era dunque presente almeno dal febbraio 2013 nella misura del 50% in tutte le attività, nel senso di riduzione del rendimento visto che appariva cronicamente depresso, difettoso nella caricabilità, rapidamente affaticato, demotivato, astenico-ipostenico. La prognosi era dubbia, passibile di peggioramento clinico. Il dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna e reumatologia, ha peritato l'assicurato il 4 settembre 2013 e nel rapporto del 9 settembre seguente (doc. 120 pag. 443) ha riportato l'anamnesi reumatologica da terzi, i dati soggettivi e oggettivi (stato generale, sistema locomotore, sistema nervoso cursorio, gli esami di laboratorio e di radiologia). Quali diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa il reumatologo ha posto: 1. Sindrome del dolore cronico di probabile origine

somatoforme. 2. Sindrome panvertebrale cronica su marcate discopatie tra C5 e Th1; DD: nell'ambito della diagnosi 1. 3. Omalgia cronica a destra su conosciuta lesione tipo SLAP. 4. Probabile irritazione cronica del nervo ulnare destro; esami neurologici risultati sempre negativi. 5. Cefalee croniche di origine mista. Il perito ha indicato le seguenti diagnosi non reumatologiche con possibile influsso sulla capacità lavorativa: 1. Importante sindrome ansio-depressiva reattiva. 2. Cardiopatia ischemica ed ipertensiva; stato dopo PTCA con posa di stent nel dicembre 2004 e nel gennaio 2005. 3. Insufficienza renale (GFR stimata il 31 luglio 2013: 39ml/min). 4. Blefarospasmo cronico all'occhio destro. Quali diagnosi senza influsso v'erano un'iperuricemia con anamnesticamente stato dopo attacchi gottosi; l'obesità (BMI 34) e un'insufficienza venosa cronica. Nella sua valutazione il reumatologo ha rilevato che all'esame clinico ha trovato un paziente in solo discrete condizioni generali, di costituzione obesa, fortemente depresso e dimostrativo nel manifestare i suoi disturbi con segni di Waddell chiaramente positivi ad indizio per un sovraccarico funzionale. La colonna vertebrale era di difficile valutazione a causa di una forte controinnervazione da lui stesso esercitata; diffusi dolori alla palpazione dell'intera colonna e della muscolatura paravertebrale. Anche i movimenti della spalla destra erano difficilmente valutabili, visto che in modo attivo l'assicurato non muoveva praticamente la spalla, mentre i movimenti passivi non sembravano essere particolarmente limitati anche se dolenti. Era quindi impossibile effettuare dei test. Presenza di una leggera iposensibilità sul dermatoma C8 all'avambraccio e alla mano destra. L'esperto ha evidenziato che l'assicurato presentava una complessa patologia di origine multifattoriale, che non poteva essere sufficientemente spiegata dalla presenza delle descritte patologie degenerative a carico della colonna cervicale e della spalla destra. Il quadro era caratterizzato da importanti diffusi dolori sul tronco ed alle estremità superiori, con una forte componente somatoforme. A conferma dell'assenza di una reale patologia meccanica o neurologica, v'era l'assenza di patologie agli esami neurologici già più volte eseguiti, nonché l'assenza di una vera atrofia muscolare sia a carico della spalla che della muscolatura del braccio. Malgrado ciò, le descritte patologie alla colonna cervicale e alla spalla, come pure le persistenti cefalee, resistenti alle terapie medicamentose e fisioterapiche già eseguite, limitavano almeno parzialmente l'assicurato nello svolgere qualsiasi tipo di attività. Dal profilo puramente ortopedico-reumatologico il perito ha ritenuto che l'assicurato presentasse una limitazione della capacità lavorativa di non oltre il 20-30% per l'ultima attività svolta di autista. Per professioni fisicamente più pesanti, che richiedevano particolari sforzi per la colonna vertebrale (sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 10kg, movimenti ripetitivi di flessione ed estensione del tronco, lavori prolungati in posizioni inergonomiche), nonché lavori con le braccia al di sopra dell'orizzontale, l'assicurato presentava invece una maggiore limitazione della capacità lavorativa di almeno il 70%. Per lo svolgimento di una professione fisicamente leggera, che non implicasse particolari sforzi per il braccio destro e per la colonna vertebrale e che gli permettesse di cambiare frequentemente posizione, v'era solo una lieve limitazione della capacità lavorativa che l'esperto ha valutato al 20%. Dal profilo terapeutico risultava difficile proporre delle valide terapie che potessero garantire un reale miglioramento dei suoi dolori/disturbi in assenza di una qualsiasi risposta alle corrette terapie eseguite nel corso degli ultimi anni. La patologia psichiatrica presentata dall'assicurato giocava inoltre un ruolo fortemente sfavorevole, limitando notevolmente le possibilità di recupero. Pertanto, la prognosi era fortemente negativa e il perito ha rilevato che difficilmente sarà possibile reintegrare l'assicurato, 58enne, in un qualsiasi ambito professionale. Il 3 ottobre 2013 il dr. med. _____, specialista FMH in neurologia, ha

visitato l'assicurato e il 7 ottobre 2013 (doc. 120 pag. 448) ha riferito il suo parere dopo aver esposto l'anamnesi e gli esiti dell'esame neurologico dei nervi cranici, dei riflessi, del sistema motorio e coordinazione e della sensibilità. Il neurologo ha posto la diagnosi di cefalee croniche post traumatiche e di sospetta neuropatia irritativa dell'ulnare destro. Nella sua valutazione il perito ha osservato che l'interessato era in cura per cardiopatia ischemico-ipertensiva, era conosciuto per nefropatia cronica stadio III e che dopo l'incidente del 2009 egli ha sviluppato cefalee croniche predominanti all'emicrania destro soprattutto di tipo tensivo nonostante la sintomatologia vegetativa associata, che evolvevano in un contesto psichiatrico sfavorevole di grave sindrome ansioso-depressiva reattiva. I disturbi all'occhio destro (riduzione della rima palpebrale, ipovisus) erano probabilmente di origine locale in relazione alla cicatrice sopraciliare e alla presenza di una epiteliopatia puntata all'esame oftalmologico; lo specialista non ha riscontrato segni clinici di un blefarospasmo o di un emispasmo facciale. I curanti negli anni precedenti hanno escluso complicazioni post traumatiche o di altra natura all'origine delle cefalee. Quale problema secondario l'assicurato riferiva dall'incidente persistenti dolori al gomito destro con insensibilità delle D4-5 della mano destra compatibili con una neuropatia ulnare irritativa, anche se con elementi discordanti. Dal lato strettamente neurologico una cefalea post traumatica cronica poteva giustificare, a seguito dell'incidente del 2009, un'incapacità lavorativa del 30% a lungo termine, associata a intermittenza a disturbi vegetativi e di equilibrio. La capacità del 70% era riferita ad attività leggere e non troppo pesanti; inoltre, era controindicata la guida dell'automobile o di veicoli pesanti sia per lo stato di salute sia per l'importante farmacoterapia assunta. Tenuto conto dei tentativi terapeutici già eseguiti e del contesto psichiatrico, per il perito la prognosi era sfavorevole. Quali possibilità terapeutiche per migliorare lo stato di salute dell'interessato egli ha ritenuto prioritaria una presa a carico psichiatrica, mentre per l'età e i problemi medici non vedeva un'indicazione a provvedimenti di integrazione professionale. Per una valutazione più globale bisognava tenere conto soprattutto dell'aspetto psichiatrico. Infine, il 26 settembre 2013 lo specialista FMH in medicina interna e cardiologia dr. med. _____ ha visitato l'assicurato e nel suo rapporto del 17 ottobre 2013 (doc. 120 pag. 451) ha esposto l'anamnesi comprensiva dei disturbi soggettivi, la terapia farmacologica in atto, gli esiti dell'esame clinico, della cicloergometria e della ecocardiografia-doppler. Lo specialista ha posto la diagnosi di: 1. Cardiopatia ischemica su stato dopo PTCA DES (Taxus) RLPdx e PTCA/BMS (Lecton) RCA media, 2004; stato dopo PTCA RCX media e RD1, 2005; stato dopo PTCA/DES (Nobori 3x18mm) RIVA medio, aneurisma RCA ostiale, stenosi 50-70% RCX distale, 23 febbraio 2012; ventricolo sinistro di dimensioni e FE normali, ipertrofia del setto basale; FRCV: ipertensione arteriosa, sovrappeso, tabagismo smesso 6 anni fa, ipercolesterolemia. 2. Esiti da trauma cranio-cervicale su infortunio stradale l'8 maggio 2009 con dolori cronici al rachide cervicale, alla cintura omero-scapolare e al gomito destro; cefalea tensiva di probabile origine post traumatica; stato da commotio cerebri e sospetta emorragia subacranioidea temporale sinistra. 3. Nefropatia cronica stadio III secondo CKD/KDOQI su proteinuria nefrosica a 3,8g/24h (ottobre 2011), attuale stimata a 1,7g/24h (27.06.2012); biopsia renale il 24 gennaio 2012: nefropatia ipertensiva e nefropatia IgA; GFR moderatamente ridotta ma stabile 39-45ml/min. 4. Stato dopo exeresi di cisti epidermoide al gluteo sinistro il 27 gennaio 2012. 5. Pregressa emorragia digestiva anemizzante, 2005. 6. Ipoplasia dell'arteria cervicale destra, Duplex, maggio 2010. 7. Stato dopo nefrolitiasi. 8. Sindrome ansioso-depressiva. Nella sua valutazione l'esperto ha precisato che l'esame cardiologico ha mostrato un ventricolo sinistro di dimensioni e FE normali con una

ipertrofia del setto basale e una lieve disfunzione diastolica. La capacità di sforzo appariva ridotta in maniera leggera, senza segni di ischemia significativa. Il lieve dolore parasternale a sinistra che insorgeva da metà prova in avanti, di intensità variabile, era da considerarsi piuttosto atipico e non sospetto per una causa cardiaca. Stessa cosa per i disturbi toracici di breve durata, lamentati con frequenza variabile sia a riposo che sotto sforzo. Dopo le diverse dilatazioni coronariche, di cui l'ultima nel 2012, la situazione sembrava abbastanza calma senza particolari danni strutturali. La prognosi a medio e lungo termine appariva tendenzialmente favorevole, premesso un miglior controllo dell'ipertensione arteriosa. All'esame clinico i valori della PA erano elevati. L'assicurato assumeva una lista impressionante di medicinali, fatto che sollevava il problema della compliance. In presenza di una insufficienza renale, l'ipertensione arteriosa poteva essere in parte legata a una ritenzione di sodio/acqua. Secondo il perito andava valutato se introdurre un diuretico. Dal punto di vista strettamente cardiaco l'interessato è stato ritenuto inabile al 100% per attività pesanti e abile al 100% per attività moderate e leggere. Dalla perizia pluridisciplinare del Servizio Accertamento Medico risulta che le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione plenaria tra i medici periti del SAM e il dr. med. _____, il dr. med. _____ e la dr.ssa _____, avvenuta il 28 novembre 2013 alle ore 7.50. Sentiti quindi tutti i periti coinvolti, globalmente il SAM ha posto le seguenti diagnosi con ripercussione sulla capacità lavorativa: Sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10: F41.2). Elaborazione di sintomi fisici per motivi psicologici (ICD-10: F68.0). Sindrome panvertebrale cronica con/su: - marcate discopatie C5-Th1. Omalgia cronica a destra con/su: - conosciuta lesione tipo SLAP. Cefalee croniche post traumatiche. Sospetta neuropatia irritativa del nervo ulnare destro. Cardiopatia ischemica con/su: - pregressa PTCA e posa di stent DES (Taxus) su RLPds e PTCA e posa di stent BMS (Lecton) su RCA media nel 2004, - pregressa PTCA su RCX media e RD1 nel 2005, - pregressa PTCA e posa di stent DES (Nobori 3x18mm) su RIVA medio, aneurisma RCA ostiale, stenosi 50-70% di RCX distale nel 2012, - ventricolo sinistro di dimensioni, EF normale, ipertrofia del setto basale, - FRCV: (ipertensione arteriosa, sovrappeso, pregresso tabagismo, dislipidemia, iperuricemia). Quale diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa sono state indicate: nefropatia stadio III secondo CKD/KDOQI con/su: nefropatia ipertensiva e nefropatia IgA. Ipoplasia dell'arteria vertebrale a destra, esame duplex del maggio 2010. Nella valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa nell'ultima attività esercitata come autista e meccanico gli specialisti hanno concluso che essa era nulla alla luce delle singole capacità lavorative stabilite da ciascun perito per il rispettivo ambito di valutazione (per la psichiatra: abile al 50%; per il reumatologo: abile al 70-80% come autista, all'80% in attività adatte e al 30% in attività non rispettose di determinati limiti funzionali e di carico; secondo il neurologo: capace al 70%, ma la guida di un'automobile e di veicoli pesanti era sconsigliata a causa dello stato generale e dell'importante farmacoterapia assunta; per il cardiologo: abile al lavoro al 100% come autista e in attività moderate e leggere, inabile al 100% in attività pesanti). I periti hanno infine osservato di non avere constatato alcun sostanziale miglioramento rispetto alla decisione (recte: progetto) dell'Ufficio AI del 14 aprile 2011 (grado AI 100%). Essi hanno poi consigliato un ricovero in ambiente specialistico psichiatrico e una rivalutazione della terapia farmacologica che comprendeva, tra l'altro, un monitoraggio dell'assunzione dei vari farmaci. Tenendo conto della patologia psichiatrica è stata quindi consigliata una rivalutazione a sei mesi dalla dimissione da una clinica psichiatrica. Per quanto concerne le conseguenze sulla capacità di integrazione, non è stato consigliato alcun provvedimento di

riformazione/riqualifica professionale. Dal lato psichiatrico l'assicurato presentava una capacità lavorativa del 50% in qualsiasi tipo di attività e del 70% come casalingo. Dal punto di vista reumatologico la capacità lavorativa era dell'80% in attività rispettose dei limiti funzionali e di carico. Dal profilo neurologico, a causa in particolare della cefalea, l'interessato presentava una capacità lavorativa del 70% in qualsiasi tipo di attività e del 100% come casalingo. Anche dal punto di vista cardiologico l'interessato era abile al 100% anche in attività moderate e leggere e come casalingo. Globalmente, dal punto di vista medico-teorico, considerate tutte le patologie i periti hanno concluso che l'assicurato presentava dal febbraio 2013 una capacità lavorativa del 50% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto) in attività rispettose dei limiti funzionali e di carico descritti e del 70% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto) come casalingo Il 9 dicembre 2013 (doc. 125) il medico SMR _____ ha steso il suo rapporto finale riprendendo le diagnosi e le capacità lavorative stabilite dagli esperti del SAM, rilevando come lo stato di salute dell'interessato fosse migliorato rispetto alla valutazione _____ del dr. med. _____ del novembre 2011 dal punto di vista psichiatrico e come la prognosi fosse sfavorevole vista la maggiore componente psichiatrica e la difficoltosa compliance medicamentosa in un paziente per il quale era esigibile una terapia regolare psichiatrica. A seguito del progetto di decisione dell'8 settembre 2014 (doc. 157) di riduzione della rendita, l'assicurato ha prodotto all'Ufficio AI dei vecchi e dei nuovi certificati medici, che per ordine del medico SMR (doc. 167) sono stati sottoposti al SAM, e meglio ai consulenti che si erano già espressi un anno prima. Nel rapporto del 17 dicembre 2014 (doc. 171) gli specialisti hanno preso posizione sui referti del medico curante internista, della psichiatra e della nefrologa, e da parte loro i dottori _____, _____ e _____ non hanno riscontrato dei peggioramenti delle condizioni di salute dell'assicurato rispettivamente i referti dei curanti non contenevano nuovi elementi che apportavano cambiamenti alle valutazioni peritali rese un anno prima. Anche dal lato nefrologico non si è costatato un peggioramento. Da parte sua, la dr.ssa _____ ha preso posizione sul rapporto della collega dr.ssa _____, osservando come la diagnosi posta dalla curante si modificava in maniera decisa verso una forma morbosa di minore gravità a inizio 2013 (quando la moglie ha abbandonato l'assicurato per ingestibilità della relazione relativa al suo malessere). Inoltre, la perita ha rilevato che i sintomi descritti non si distanziavano nel complesso da quelli precedentemente indicati. Ciò che cambiava e di molto era la diagnosi che da un PTSD iniziale è passata a un quadro misto nel 2013 e nel 2014 è divenuto un quadro depressivo di media qualità. La psichiatra del SAM ha quindi concluso che essendo cambiato l'orientamento diagnostico in modo drastico dall'ultima diagnosi posta, ella poteva solo dedurre che l'assicurato fosse peggiorato a detta della collega, ma senza valutarlo non poteva affermare se ciò corrispondeva a dato oggettivo e in quale qualità questo peggioramento si fosse verificato. In conclusione, per il SAM “ potrebbe essere subentrato un peggioramento a livello psichiatrico ” sulla base dei certificati del settembre 2014, “ ma non si può dire altro ” (doc. 174 pag. 647). Ciò stante, il 12 gennaio 2015 (doc. 177) il dr. med. _____ dell'SMR, FMH in psichiatria e psicoterapia, ha disposto una perizia psichiatrica di decorso presso il SAM, che è stata allestita il 23 giugno 2016 (doc. C) dopo che l'assicurato è stato visitato nei giorni 6 e 17 ottobre 2015, come pure il 7 e il 24 novembre 2015 per accertamenti pluridisciplinari ambulatoriali. Riassunti i certificati medici a disposizione allestiti dal 2012 fino al 15 dicembre 2015, il Servizio Accertamento Medico ha esposto l'anamnesi familiare, personale-sociale, professionale, patologica (aggiornata al settembre 2015, in cui è indicato

che l'assicurato ogni due mesi veniva seguito dal medico curante dr. med. _____ per il controllo della creatinina, ogni tre mesi dalla dr.ssa med. _____, nefrologa, per lo stesso motivo, e settimanalmente aveva un colloquio con la dr.ssa med. _____, psichiatra curante, e per tre pomeriggi alla settimana si recava presso l'ospedale diurno gestito da quest'ultima per seguire ergoterapia), sistemica, le affezioni attuali, la descrizione della giornata, la terapia e le constatazioni obiettive (esami di laboratorio effettuati dal SAM). Il 17 ottobre (60 minuti) e il 7 novembre 2015 (30 minuti) la dr.ssa med. _____, specialista in psichiatria, ha visitato l'assicurato e nel referto del 14 dicembre 2015 (doc. 213 pag. 788) ha riassunto il suo precedente parere del 2013, precisando che per dirimere alcuni aspetti contrastanti ha chiesto al neuropsicologo dottor _____ di eseguire un Milton test - avvenuto il 24 novembre 2015 (doc. 213 pag. 783) -, da cui si evinceva una riduzione complessiva delle funzioni cognitive sia relativamente alla memoria che dell'attenzione, della velocità ed efficienza dell'esecuzione. Lo specialista ha riferito la possibilità di un effetto di aggravamento da parte dell'assicurato, ma non era così rilevante. Ha piuttosto sottolineato la presenza di aspetti patologici sia internistici, organici che psichiatrici, che a suo dire con effetto sommatorio potevano indurre un quadro simile a quello da lui descritto. La perita ha poi riassunto i certificati a sua disposizione fino al novembre 2015, l'anamnesi personale e patologica, i dati clinici soggettivi (irritabilità, insonnia, tensione endopsichica, difetto della memoria, ipersensibilità agli stimoli, fastidio all'idea di doversi confrontare con la gente specie se in spazi affollati, cefalea, stanchezza, affaticabilità, gambe gonfie e pesanti, dolori alla colonna in sede cervicale che irradiano alla spalla destra, astenia, dolori allo sterno e a volte battiti cardiaci irregolari), la farmacoterapia in atto e lo status psichico (ipostenico, lucido, meno ritirato e schivo che nel 2013, meno evidente una tendenza all'ampliamento dei sintomi e drammatizzazione, più armonico rispetto al 2013, eloquio spontaneo, mimica lievemente ipomobile, pensiero concreto, molto meno rappresentata l'idea prevalente dell'incidente, più concretamente riferito all'attuale sofferenza fisica, alla solitudine, alla perdita di un ruolo sociale e di guadagno, lieve rallentamento psicomotorio, umore lievemente deflesso, ansia soprattutto somatizzata con note di dispnea e tachicardia, sonno turbato da insonnia). La psichiatra ha confermato la precedente diagnosi di sindrome mista ansioso depressiva (ICD-10: F41.2) e di elaborazione di sintomi fisici per motivi psicologici (ICD-10: F68.0). Essa ha confermato l'assenza di una diagnosi di PTSD e ha osservato che il quadro depressivo lieve e le note ansiose apparivano ben collocate in una diagnosi di sindrome mista ansioso depressiva. Nelle sue conclusioni la specialista ha evidenziato che la diagnosi di sindrome mista ansioso depressiva di per sé stessa poco rilevante, era complicata nella sua espressività dalla copresenza della disfunzione psichica attuale del soggetto (F68.0 e determina una ridotta caricabilità ed efficienza). Piuttosto che un'attiva e deliberata simulazione, la consulente ha registrato la sensazione di una tendenza all'aggravamento soprattutto per mantenere un beneficio secondario riferito al ruolo di malato che deresponsabilizza e autorizza alla richiesta di aiuto. Il quadro appariva sovrapponibile a quanto registrato nel 2013, anzi quasi più modulato nell'espressività. La perita ha confermato la capacità lavorativa del 50%, espressa come difetto di rendimento, riconosciuta nel 2013, visto che l'assicurato appariva soprattutto cronicamente depresso, difettoso nella caricabilità, rapidamente affaticato, astenico-ipostenico. La psichiatra ha rilevato che la collega dr.ssa med. _____, nella sua ultima relazione, ha diagnosticato una agorafobia, un quadro misto e, ha fatto presente la specialista del SAM, solo anamnesticamente ha riferito di una depressione ricorrente anche con episodi di media qualità che però al momento non ha codificato: appariva così

difficile per la perita capire a quale peggioramento si facesse riferimento. Ai colloqui non sono emersi elementi che confermavano un peggioramento quanto piuttosto una migliore modulabilità del soggetto, seppure nel persistere dei quadri già codificati nel 2013. Infine, l'esperta ha rilevato che non sussistevano sostanziali modifiche che mutassero nessuna alternativa sostenibile della diagnosi posta nel 2013 e quindi della percentuale di incapacità lavorativa del 50% che veniva confermata, visto il miglioramento della qualità espressiva media, ma questo non determinava una modifica sostanziale della capacità, della caricabilità e della resilienza del soggetto. La prognosi era dubbia per un'attitudine alla scarsa reattività e reazione, che portavano l'assicurato a implodere, ad avere un atteggiamento attendista nei confronti di un esterno cui si limitava a chiedere riconoscimento del diritto al risarcimento del danno. Per l'esperta la terapia farmacologica non è stata incrementata, anzi ridotta e il dato non appariva coerente con il supposto peggioramento descritto dalla curante. Ha pertanto insistito nel ritenere utile una modifica della terapia anche da eseguirsi in un ambiente sanitario residenziale e non solo in un ospedale diurno, per verificare la compliance, la risposta oggettiva e i funzionamenti renali ed epatici. Il 21 giugno 2016 alle ore 8.05 i periti del Servizio Accertamento Medico e la dr.ssa _____ e il dr. _____ hanno avuto modo di discutere in modo esaustivo del caso tramite teleconferenza, giungendo a porre come diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa una sindrome mista ansioso-depressiva (ICD-10: F41.2), un'elaborazione di sintomi fisici per motivi psicologici (ICD-10: F68.0) e un'insufficienza cognitiva piuttosto importante, di origine multifattoriale. Per il resto, sono state riprese le diagnosi precedentemente poste nel 2013. Nel valutare la capacità medico-teorica globale della capacità lavorativa del ricorrente nella precedente attività, gli specialisti hanno evidenziato che le valutazioni agli atti non apportavano modifiche sostanziali alla valutazione espressa il 28 novembre 2013 con una capacità lavorativa come autista e meccanico dello 0%. Pertanto, essi non hanno constatato alcun sostanziale miglioramento rispetto alla decisione amministrativa del 2011 con cui si è attribuita una rendita di invalidità del 100%. Nella loro valutazione i periti hanno considerato la patologia psichiatrica attuale e le valutazioni reumatologica, neurologica e cardiologica che erano state eseguite nel 2013. Essi hanno infine segnalato come non sia avvenuto un ricovero in ambiente specialistico psichiatrico come consigliato per una rivalutazione della terapia farmacologica comprendente anche un monitoraggio dell'assunzione dei vari farmaci. Per quanto concerne la capacità lavorativa di integrazione (capacità residua) dell'assicurato, i consulenti hanno affermato che doveva trattarsi di un'attività lavorativa che non richiedesse un'alta concentrazione, prestazioni cognitive anche di media entità, in cui l'assicurato non dovesse sostenere particolari sforzi con il braccio destro e neppure con la colonna vertebrale. Doveva essere un'attività che permettesse all'interessato di cambiare frequentemente posizione e che non gli imponesse il sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 10kg e di utilizzare frequentemente il braccio destro al di sopra dell'orizzontale. La capacità lavorativa era ridotta anche a causa della cefalea e di una possibile neuropatia ulnare irritativa anche se con elementi discordanti come aveva già evidenziato il dr. med. _____, rilevando un'estensione del deficit sensitivo all'avambraccio con un EMNG del nervo ulnare dell'aprile 2010 normale a destra. In un'attività leggera e adatta che rispettasse i limiti funzionali descritti l'interessato andava ritenuto abile al lavoro al 50% (attività svolta sull'arco di un'intera giornata, ma con rendimento ridotto del 50%), considerando globalmente non solo la patologia psichiatrica e neuropsicologica, ma anche quella neurologica, reumatologica e cardiologica. I periti hanno evidenziato che questa

capacità lavorativa era invariata dal febbraio 2013 in avanti, data della relazione della dr.ssa _____ che diagnosticava un quadro misto, quindi essi hanno confermato quanto espresso nella precedente perizia SAM del 2013. Misure di integrazione professionali attraverso misure di riallenamento progressivo al lavoro avrebbero permesso all'assicurato di essere attivo nella misura del 50% in un'attività lavorativa leggera ed adatta. Inoltre, i consulenti hanno insistito nuovamente nel ritenere utile una modifica della terapia anche da eseguirsi in un ambiente sanitario residenziale, ciò che non era avvenuto malgrado fosse stato indicato già nella precedente perizia SAM. Infine, i consulenti hanno osservato che benché ai colloqui con la psichiatra l'interessato fosse apparso meno abulico e drammatizzante, più interattivo con l'interlocutore rispetto a quanto espresso in precedenza, tuttavia essi hanno ritenuto che una tendenza all'aggravamento dei sintomi o un'esagerazione fosse presente. In un assicurato che lamentava dolori diffusi che gli impedivano il sonno, ecc., un tasso di paracetamolo di 11,2 mg/l come unico antidolorifico assunto non risultava molto compatibile. Inoltre, l'interessato ha attestato un ritiro sociale, ciò nonostante egli si recava regolarmente tre volte alla settimana agli incontri in day hospital, aveva comunque anche incontri con i vicini con cui manteneva buoni rapporti e usciva ogni giorno per fare la spesa. Pertanto, non si era in presenza di una grave patologia psichiatrica anche se l'assicurato tendeva a esprimerla in maniera esagerata. In tutti questi anni, in particolare dal 2013, neppure vi sono stati ricoveri in ambito psichiatrico come consigliato. Emergeva poi una tendenza a lasciarsi andare, a disinvestirsi dalle proprie responsabilità assumendo un atteggiamento molto regressivo ed era in quest'ambito che andava collocata la diagnosi di deficit cognitivi importanti di origine multifattoriale. Il dr. med. _____ dell'SMR ha affermato il 27 giugno 2016 (doc. 215) che " IL 100 nelle sue antecedenti attività. IL 50% come già espresso in attività adeguate come dal rapporto finale SMR del 9.12.2013 ". Il 27 luglio 2016 (doc. 220) l'Ufficio AI ha emesso un nuovo progetto di decisione di riduzione della rendita (da intera a mezza) che sostituiva il precedente dell'8 settembre 2014. A ciò ha fatto seguito la trasmissione da parte dell'assicurato all'amministrazione da una parte del referto del 7 settembre 2016 (doc. 225) della dr.ssa med. _____, che ha attestato una malattia nefrologica e un'ipertensione arteriosa molto severa e di difficile controllo, dall'altra di alcune ricette di farmaci prescritte nell'estate 2016 dal medico curante dr. _____. D'avviso del medico SMR, questi certificati non permettevano di modificare le valutazioni degli specialisti del SAM (doc. 230). Riguardo ai nuovi certificati del 30 settembre 2016 (dr. _____) e del 5 ottobre 2016 (dr.ssa _____) prodotti il 18 ottobre 2016 dal patrocinatore dell'assicurato unitamente a dei risultati di analisi, lo stesso dr. med. _____ li ha trasmessi al SAM per una valutazione specialistica (doc. 235). Secondo il curante, l'assicurato era sempre inabile al lavoro in misura totale per qualsiasi tipo di attività. " Le sue diagnosi di Nefropatia cronica, Cardiopatia ischemica ipertensiva, Ipertensione arteriosa essenziale di estremamente mal compensata e di difficile controllo, unitamente ad una invalidante cefalea cronica post traumatica atipica al seguito di violento trauma cranico, con commozione cerebrale e sospetta emorragia subaracnoidea temporale sinistra nel maggio 2009 (incidente stradale), ad una evoluzione depressiva pure nota dal 2009 probabilmente reattiva, ne fanno un paziente sofferente, fragile, vulnerabile, sfiduciato e depresso. Questa situazione è cronicizzata. Ritengo illusorio sperare possibile un suo rientro nel mondo del lavoro, in quanto non potrebbe garantire quel minimo di costanza dal profilo della presenza e di un sufficiente rendimento che ogni datore di lavoro potrebbe onestamente esigere da lui. ". La dr.ssa med. _____, FMH medicina interna e nefrologia, ha precisato il 5 ottobre 2016

di seguire l'interessato ogni quattro mesi. Riguardo alla perizia del SAM del 23 giugno 2016 essa ha segnalato che: " - l'importanza dell'insufficienza renale cronica sullo stato di salute del paziente e quindi sulla sua capacità lavorativa, non viene tenuta in considerazione - l'ipertensione arteriosa severa e la sua complessa terapia medicamentosa, che anch'esse influenzano lo stato di salute del paziente, non vengono citate quale causa di inabilità lavorativa - nella perizia viene ribadito più volte che la funzione renale è stabile (nel 2013 era stabile, dal 2014 in peggioramento) - il paziente non sembra essere stato valutato da un nefrologo/ internista.".

Inoltre, secondo la nefrologa, " Il paziente presenta un'insufficienza renale cronica, in progressione, di origine nefrangiosclerotica e secondaria a nefropatia IgA (biopsia renale del 2012). Confermo che l'insufficienza renale è rimasta stazionaria tra il 2010 (anno in cui ho iniziato a seguire il paziente) e febbraio 2014 con valori di creatinina che si aggiravano tra i 130-160 µmol/L (verosimilmente dovuto ad iperfiltrazione compensatoria, ma la malattia renale progredisce costantemente). Infatti dall'agosto 2014 ho potuto apprezzare un declino progressivo della funzionalità renale fino ad una creatinina di 237 µmol/L (controllo del 6.9.2016), con GFR stimata con formula EPI a 25 ml/min. Anche la proteinuria rimane importante e si attesta attorno a 1.5 g/24h. Nel settembre 2014 attestavo già un'incapacità lavorativa del 30-50%, per quanto concerneva il lato puramente nefrologico (insufficienza renale e ipertensione arteriosa). Ora, a 2 anni di distanza, alla luce del peggioramento, l'incapacità lavorativa è almeno del 50-70%. Ci tengo a precisare che di competenza nefrologica/internistica vi è pure l'ipertensione arteriosa, che nella perizia viene citata solo quale fattore di rischio cardiovascolare e non come patologia a sé stante. Il paziente presenta da anni un'ipertensione arteriosa molto severa, di difficile controllo malgrado prescrizione dei 7 farmaci antiipertensivi, con numerosi sintomi associati (capogiri, senso di stordimento, cefalea recidivanti). Anche questa patologia influisce sullo stato di salute e sulla capacità lavorativa del paziente. Concludendo, al di là delle patologie nefrologiche/internistiche (insufficienza renale, ipertensione arteriosa), che motivano a mio modo di vedere già da sole un'incapacità lavorativa del 50-70%, in presenza delle altre patologie (al primo posto la problematica psichiatrica), valuto il paziente inabile al lavoro al 100% (anche in caso di lavoro adatto alle sue possibilità). Il 30 novembre 2016 (doc. 238) la dr.ssa med. _____ del SAM, specialista FMH in medicina interna, ha dapprima preso posizione sulla valutazione della dr.ssa med. _____, rilevando che dal 2015 un rialzo della creatinina da 201 a 237 era una modifica lieve, anche se in progressione. La perita ha affermato che, dalla sua esperienza, non ha mai visto attestata un'inabilità lavorativa per l'ipertensione arteriosa. Per quanto concerne l'insufficienza renale, benché al momento fosse in aumento, essa non era tale da giustificare una dialisi. Peraltro, i pazienti in dialisi normalmente lavorano almeno parzialmente, ma l'assicurato non era a questo stadio, avendo una creatinina leggermente in progressione e superiore alla norma, ma questo, secondo l'esperta, assolutamente non poteva giustificare una incapacità lavorativa, certamente non in attività lavorative leggere e adatte. La specialista del SAM ha pure consultato un esperto in nefrologia, il quale ha affermato che un'ipertensione arteriosa, di per sé, non giustifica un'incapacità lavorativa e che nella sua pratica quotidiana non raramente vedeva pazienti con 210-215 mmHg di pressione assolutamente asintomatici. Pertanto, a meno che non ci sia un'ipertensione arteriosa acuta e grave, questo non giustifica un'incapacità lavorativa. La perita ha osservato che l'interessato aveva praticamente la stessa terapia per l'ipertensione arteriosa che aveva già alla dimissione del gennaio 2011, alla terapia che era stata prescritta è stato aumentato il Cardura da 4mg a 8mg ed aggiunto l'Inegy. In tutti questi anni, dunque, il

trattamento della pressione arteriosa non aveva subito significative e sostanziali modifiche. Ciò confermerebbe che i curanti non erano poi così insoddisfatti del trattamento. Inoltre, per l'esperta andavano sicuramente cercate anche cause secondarie dell'ipertensione arteriosa (una sindrome delle apnee da sonno, assunzione inadeguata salina nella dieta, ecc., tutti fattori che possono effettivamente contribuire a mantenere la pressione elevata. Peraltro, i valori di pressione misurati al SAM non erano mai risultati fuori norma. In merito all'insufficienza renale, per il prof. dr. med. _____, a cui il SAM ha chiesto un parere, una GFR stimata 25 ml/min è assolutamente asintomatica. Solo una GFR < 20 ml/min, che si attesta attorno ai 15 ml/min, diventa sintomatica. Pertanto, anche a riguardo della nefropatia, che a quel momento era al limite tra il grado III e IV, non era suo parere un motivo per giustificare una riduzione della capacità lavorativa. Alla luce di ciò, secondo la dr.ssa _____ le osservazioni della dr.ssa _____ non erano in grado di modificare la valutazione del SAM, secondo cui l'assicurato era stato ritenuto abile al 50% in attività leggere e adatte, mentre totalmente incapace al lavoro in attività pesanti a mediamente pesanti a causa della patologia cardiologica. Per i periti questa valutazione teneva perfettamente conto di tutte le problematiche di salute dell'assicurato. Essi hanno rilevato che il senso di stordimento, le cefalee recidivanti e i capogiri erano già stati valutati nell'ambito della precedente perizia SAM del 2013. In merito al referto del dr. med. _____, per il Servizio Accertamento Medico esso descriveva un'evoluzione depressiva a suo avviso probabilmente reattiva, ma non parlava della problematica bipolare, la problematica di cefalea cronica post traumatica già ben valutata a suo tempo nel 2013 in conseguenza del trauma cranico, citava la nefropatia cronica, la cardiopatia ischemica già presa in considerazione con la valutazione cardiologica nel 2013 e non modificata da allora e descriveva l'ipertensione essenziale estremamente mal compensata. Il SAM ha rilevato che nessuno dei due colleghi ha mai descritto i valori della pressione arteriosa, che durante le valutazioni peritali non erano mai risultate superiori al limite della norma. Per quanto concerne il peggioramento della creatinina, v'era stato sì un lieve peggioramento, ma già nel luglio 2012 la dr.ssa med. _____ parlava di una nefropatia cronica stadio III, ora il grado è valutato stadio III-IV, pertanto il peggioramento era lieve e non significativo sicuramente ai fini della capacità lavorativa. I periti del SAM hanno pertanto confermato uno stato di salute invariato rispetto al 2013, hanno ritenuto complessivamente lo stesso sia stabile nei sintomi sia per quanto concerne la funzionalità dell'assicurato, senza un'evoluzione tale da modificare la capacità lavorativa stabilita. Complessivamente, quindi, le osservazioni inoltrate dai medici curanti non erano in grado di confutare la valutazione peritale eseguita presso il SAM. I disturbi lamentati dall'interessato, quali una leggera stanchezza e un affaticamento rapido, per i medici consulenti dell'Ufficio AI potevano essere ben integrati nel 50% di riduzione del rendimento che era già stato valutato a suo tempo, senza ulteriormente giustificare un aumento dell'incapacità lavorativa. Sulla scorta di questa presa di posizione, il 12 dicembre 2016 (doc. 239) il dr. med. _____ ha confermato quanto già espresso nel suo precedente rapporto SMR del 27 giugno 2016. L'assicurato medesimo ha trasmesso direttamente al SAM dei certificati medici, alcuni dei quali già ricevuti e vagliati dagli specialisti, quali il referto del 5 ottobre 2016 della dr.ssa med. _____ e il certificato del 30 settembre 2016 del dr. med. _____. Il nuovo rapporto del 31 ottobre 2016 (doc. G) della dr.ssa med. _____ evidenziava che dopo l'infortunio del 2009 l'assicurato presentava un'evoluzione del suo stato di salute molto sfavorevole e da allora presentava una grave sintomatologia psichica oltre che diverse patologie somatiche. Dal lato psichico egli presentava delle forti limitazioni che gli

impedivano sia lo svolgimento di un'attività lavorativa (apatia, mancanza di forze, aumentata affaticabilità, mancanza di iniziativa, scarsissima caricabilità, tensione endopsichica ed un umore depresso, a volte cupo) sia l'inserimento in un ambiente di lavoro (irritabilità, diminuita capacità di adeguamento, ma anche la scarsissima caricabilità, che causerebbero una serie di conflitti e malumori con colleghi e superiori). Inoltre, da un accertamento neuropsicologico era emerso un quadro di "inefficienza cognitiva piuttosto importante e generalizzato, che coinvolgeva la memoria, l'attenzione, le funzioni esecutive complesse e la comprensione", che andava a sommarsi ed a peggiorare le limitazioni descritte. In merito alla determinazione del grado di capacità lavorativa dell'assicurato stabilito dai periti, la psichiatra curante ha osservato che nella valutazione in un'attività adeguata nella perizia del 23 giugno 2016 non si sarebbe tenuto conto delle limitazioni psichiche e nemmeno della diminuzione della collocabilità che esse comportavano. L'assicurato presentava, a causa della sintomatologia psichica e dei deficit cognitivi, marcate diminuzioni della caricabilità, della capacità di adeguamento, della produttività, della resistenza allo stress, dell'autonomia e della capacità di interazione con terzi ed un'aumentata affaticabilità, una mancanza di iniziativa nonché disturbi somatici con ulteriori limitazioni. Questo quadro, per la curante, mal si conciliava con un'attività lavorativa al 50% al di fuori di un laboratorio protetto. Pertanto, egli era da considerare totalmente inabile al lavoro nel libero mercato del lavoro. Il certificato del 6 novembre 2015 (verosimilmente l'anno è il 2016) del dr. med. _____ attestava che i noti problemi persistevano, invariati, quali una nefropatia, una cardiopatia ischemica, un'ipertensione essenziale difficilmente compensata con diversi medicinali, una cefalea cronica, uno stato depressivo latente probabilmente reattivo e degli esiti di trauma stradale del maggio 2009 con importante sintomatologia dolorosa residua. La situazione era invariata rispetto alle precedenti valutazioni; c'era una lieve tendenza progressiva della insufficienza renale. Delle componenti di adattamento sociale difficoltoso non facilitavano l'elaborazione del dolore somatico, cervicale, cerebrale ed articolare, aggravandone la percezione. Per il curante, la somma di tutti questi fattori continuava a giustificare un'inabilità lavorativa completa, con prognosi di ripresa certamente sfavorevole. Il 12 gennaio 2017 (doc. 243) il medico SMR ha affermato che si trattava di documentazione già valutata sia da lui stesso sia dai periti del SAM. Quanto al nuovo e ultimo rapporto del medico curante dr. med. _____, il dr. med. _____ ha ritenuto che esso convalidava uno stato stabile considerando l'interessato sempre limitato come nel passato senza però riportare novità per rapporto alla documentazione già nota al SAM. Pertanto, non v'era nessuna modifica delle limitazioni a seguito di questa ultima documentazione, perciò quanto espresso nell'ultima valutazione del Servizio Accertamento Medico del 27 giugno 2016 restava vincolante. Con il ricorso l'assicurato ha prodotto della documentazione medica in parte già conosciuta dall'amministrazione (perizia SAM del 23 giugno 2016, certificato del dr. med. _____ del 30 settembre 2016, certificati della dr.ssa med. _____ del 7 settembre 2016 e del 5 ottobre 2016 con le analisi della creatinina, rapporto della dr.ssa med. _____ del 31 ottobre 2016 e parere del 30 novembre 2016 del SAM) e in parte nuova poiché recente, quali le distinte del 26 luglio 2016 e del 27 agosto 2016 allestite dalla dr.ssa _____ e del 13 febbraio 2017 (doc. H) dal dr. med. _____ dei farmaci che assume(va) il ricorrente, aggiornate al 10 marzo 2017 dopo il ricovero al _____. Inoltre, il 7 marzo 2017 (doc. H) quest'ultimo ha riferito che l'interessato soffriva di diverse patologie internistiche (nefropatia: GFR 29 ml/min, ipertensione mal controllata, cardiopatia ischemico ipertensiva con recidive di dolori tipici che hanno motivato la

richiesta di chiarimenti con una coronarografia che si sarebbe svolta a giorni, cefalea cronica post traumatica, depressione reattiva in trattamento, iperplasia prostatica), compensate con molta difficoltà al prezzo di una massiccia terapia medicamentosa (15 pastiglie al giorno in media). Egli ha segnalato che il paziente era fragile, con ridotta tolleranza allo sforzo, la cui situazione, d'avviso del curante, era definitivamente incompatibile anche con una minima capacità lavorativa normale. Inoltre, l'ingravescenza di dolori pectanginosi tipici delle scorse ultime due settimane aveva motivato il medico curante a chiedere un ricovero al _____ per chiarimenti urgenti, che si sarebbero svolti l'indomani (doc. L). La dr.ssa med. _____ si è espressa l'11 aprile 2017 sulla valutazione della collega del 31 ottobre 2016 prodotta con il ricorso. Il suo parere è stato ripreso per intero dal SAM il 13 aprile 2017 (doc. VI/2), il quale si è allineato alle conclusioni della consulente psichiatra. Quest'ultima ha dapprima riassunto il referto della dr.ssa _____, poi la sua perizia del dicembre 2015 e i pareri di altri colleghi dal giorno dell'incidente in poi. La perita ha in seguito evidenziato quanto segue: " Alla luce dei fatti le diagnosi confermate vanno nella linea di un quadro misto con umore deflesso (con fasi di maggiore espressività) ansia e irritabilità. Da più parti si sottolinea la presenza di una quanto meno debole motivazione a reagire che non si può far derivare solo da una difettosa stenia. La proposta del 100% di IL non trova nelle diagnosi alcuna possibilità di conferma. Rispetto all'ipotesi di un lavoro in uno spazio protetto, mi preme far notare che questi solitamente sono riservati a soggetti ben più compromessi e con decisamente nessuna possibilità di ritrovare una posizione lavorativa nel mondo esterno. Il senso di solito di questi progetti non è "lavorativo" nel senso del perseguire un salario in senso stretto, ma di immaginare un progetto di tipo riabilitativo per persone svantaggiate dal punto di vista sociale. Non credo che al momento non si sia in grado di fornire un lavoro "protetto" nel senso più ampio del termine ed inteso come garantire un'attività lavorativa certa e fornita anche in presenza di un nostro difetto di caricabilità e tenuta. La realtà lavorativa è poco permeabile ai disagi privati ma a questo non può fare eco una presa a carico di tutti coloro che manifestino un disagio psichico, pena il rischio che nel giro di pochissimo tempo ci siano un numero spaurito di persone che devono sostenere un numero elevatissimo di soggetti non produttivi. Tra questi peraltro si dovrà verificare con cura i termini delle limitazioni per ovviare alla presenza di abusi. La realtà attuale non solo lavorativa chiede a tutti di fare uno sforzo e di tollerare uno stress storico-sociale-economico. Di fatto il quadro dell'A non può essere inteso come tale da impedire uno sforzo esigibile per recuperare e mantenere un minimo di produttività. L'idea di un riallineamento progressivo al lavoro voleva invece tenere presente lo sforzo dei soggetti rimasti fermi per lungo tempo nel voler tentare un rientro che confrontato con l'immediato 100% rischia un insuccesso. Un progressivo riallineamento permette un riadattamento e un allenamento progressivo favorendo il successo del programma di rientro. Il difetto di rendimento tiene conto dei limiti registrati e consente all'A una produttività non totale nelle prime fasi di rientro." Il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale ha riassunto il 18 aprile 2017 (doc. VI/3) le diagnosi esposte dalla perizia SAM nel novembre 2016 e i gradi di capacità lavorativa individuati (inabile al 100% come autista e in attività pesanti, mentre abile al 50% dal febbraio 2013 in attività adatte come da perizia SAM 2013), così pure la presa di posizione del SAM del 13 aprile 2017 sulla nuova documentazione prodotta in sede di ricorso. Secondo il medico SMR, in considerazione del parere dettagliato della dr.ssa med. _____, egli ha ritenuto che potesse essere quindi confermata la valutazione espressa dal Servizio Accertamento Medico. Pendente causa il ricorrente ha prodotto ulteriori nuovi

certificati medici. L'8 giugno 2017 (doc. T) la dr.ssa med. _____ ha confermato che l'interessato era affetto da polipatologia complessa e invalidante: nefropatia cronica di grado moderato-avanzato, cardiopatia ischemica ipertensiva, ipertensione arteriosa di difficile controllo, cefalea cronica post traumatica, depressione reattiva ed insonnia in terapia cronica, stato dopo trauma stradale nel maggio 2009. La nefrologa ha confermato che anche a quel momento la situazione era compromessa: l'assicurato presentava un'insufficienza renale cronica, in progressione negli anni, di origine nefrangiosclerotica e secondaria a nefropatia IgA. I valori di creatinina erano in lento ma costante peggioramento e attualmente si apprezzava un declino della funzionalità renale con GFR stimata con formula EPI a 24 ml/min. La proteinuria rimaneva anche importante e si attestava attorno ai 1.5 g/24h. La curante ha rilevato che di competenza nefrologica/internistica vi era pure l'ipertensione arteriosa: l'interessato aveva dei valori pressori così di difficile controllo che necessitava di una terapia comprendente 7 farmaci. Presentava diversi sintomi e limitazioni fisiche, quali capogiri, senso di stordimento, cefalee recidivanti, che potevano essere spiegati sia da valori ipertensivi che ipotensivi, oltre che dagli effetti secondari della terapia stessa. Queste due patologie, secondo la specialista, motivavano già da sole un'incapacità lavorativa quasi totale. Visto però il quadro clinico complessivo (in particolare per la cardiopatia e la situazione psichiatrica), essa riteneva l'assicurato senza dubbio inabile al lavoro al 100%, perciò non condivideva la perizia. Il 12 giugno 2017 (doc. R) la dr.ssa med. _____ ha evidenziato che lo stato psichico del paziente si conciliava male con lo svolgimento di un'attività lavorativa, anche al 50%. Essa ha ricordato che la diagnosi è solo il punto di partenza di una valutazione, visto che ciò che conferma o meno un'incapacità lavorativa sono le limitazioni psichiche. In concreto, esse consistevano in diminuzioni della caricabilità, della capacità di adeguamento, della produttività, della resistenza allo stress e dell'autonomia. Grosse difficoltà e instabilità nella capacità di interazione con terzi rendevano inoltre molto difficoltosa la relazione con colleghi e superiori, cosa che costituiva una importante limitazione della collocabilità. La psichiatra curante ha precisato che questa valutazione si basava sull'osservazione dell'assicurato nel corso degli anni in clinica diurna. Il decorso in generale era molto altalenante: a periodi presentava una frequenza regolare (3 volte a settimana), in altri riusciva ad andare solo in modo irregolare, in altri ancora necessitava di una terapia farmacologica intensiva (tramite infusioni). Anche nei periodi di frequenza il suo stato psichico era altalenante. A volte era molto chiuso in sé stesso, parlava pochissimo e stava tutto il tempo da solo in un angolo, a volte rispondeva in modo molto secco e con tono aggressivo quando gli si rivolgeva anche una semplice domanda ed altre era invece più socievole e collaborativo con gli altri utenti. Faceva molta fatica a comunicare anche per le cose più banali con persone che non gli andavano particolarmente a genio. Dalla separazione dalla moglie nel 2013 la situazione non era migliorata. La psichiatra ha rilevato che anche nella produttività i risultati erano molto altalenanti: c'erano periodi in cui l'assicurato portava a termine i lavori manuali proposti in terapia occupazionale, ma c'erano anche lunghi periodi in cui non concludeva niente, sospendeva un lavoro a metà o semplicemente non riusciva neanche ad iniziarlo e restava inattivo. In generale era visibile un'aumentata affaticabilità quasi costante ed a periodi una diminuita energia vitale così come sbalzi d'umore e una frequente irritabilità. Pertanto, a suo dire questo stato psichico rendeva l'assicurato inabile al lavoro al 100% e non collocabile in nessun posto di lavoro nel libero mercato. Nessun datore di lavoro sarebbe disposto ad accettare un rendimento così scarso ed altalenante a causa dello stato psichico ed i comportamenti osservati nella terapia occupazionale, dopo pochissimo tempo

sorgerebbero conflitti con colleghi e datore di lavoro, che porterebbero da un lato al licenziamento e d'altro lato ad un ulteriore crollo psichico. Nel suo certificato del 13 giugno 2017 (doc. S) il dr. med. _____ ha ricordato come la funzione renale dell'assicurato fosse compromessa e in progressivo peggioramento; anche la funzione cardiovascolare era compromessa con un'ipertensione di difficile compensazione e una malattia coronarica grave che nel marzo 2017 ha necessitato una PTCA/stent in urgenza per stenosi critica sul tratto prossimale dell'arteria interventricolare posteriore ed infarto incombente. Il medico curante ha rilevato che l'interessato presentava un'indiscutibile evoluzione depressiva reattiva ai citati seri problemi di salute e a una sindrome da disadattamento aggravata dal vissuto persecutorio di ingiustizia nel non riconoscimento dei danni alla sua salute sul piano medico assicurativo, che non faceva che peggiorare la situazione. Infine, " Il tutto aggrava il quadro di croniche cefalee tensive in parte posttraumatiche già menzionate in precedenza, con manco assoluto di concentrazione ed effetto circolo vizioso, senza vie d'uscita in un paziente che per stabilizzare la sua situazione deve assumere in media 15 pastiglie al giorno. ". Questi ultimi tre nuovi referti medici sono stati sottoposti al vaglio del dr. med.

_____ del Servizio Medico Regionale, il quale ha ritenuto il 4 luglio 2017 (doc. 1146) che " In considerazione dell'attuale certificazione ed in particolare del fatto che l'assicurato presenta un peggioramento della cardiopatia ischemica da 3.2017 egli è da ritenere inabile al 100% per qualsiasi attività da 3.2017 con prognosi negativa. ". Infine, il ricorrente ha prodotto la lettera d'uscita provvisoria del 5 luglio 2017 (doc. Z) stesa dal dr. med.

_____, del Servizio di nefrologia dell'Ospedale _____ di _____, relativa alla degenza dell'assicurato dal 26 giugno al 5 luglio 2017. Vi sono indicate le diagnosi, la valutazione e il procedere. 2.7. Per costante giurisprudenza (STF 9C_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto

che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...). Per quel che riguarda i

rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc); Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert." (...).

Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Da ultimo, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (DTF 127 V 294). L'esperto deve innanzitutto, come accennato, porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 del 27 settembre 2001).

2.8. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della folta documentazione medica agli atti non può che confermare l'operato dell'amministrazione, in quanto le problematiche reumatologiche, neurologiche, nefrologiche e cardiologiche, così come i disturbi psichiatrici, sono stati chiariti in modo soddisfacente dai periti appositamente nominati dall'Ufficio assicurazione invalidità.

Vanno quindi ritenute determinanti le conclusioni a cui è giunto il Servizio Accertamento Medico il 28 novembre 2013, il 17 dicembre 2014, il 23 giugno 2016, il 30 novembre 2016 e il 13 aprile 2017. Più specificatamente, vanno confermate le conclusioni della specialista psichiatra dr.ssa med. _____, che ha visitato l'assicurato il 24 agosto e il 7 settembre 2013, come pure il 17 ottobre e il 7 novembre 2015; sia nel 2013 sia nel 2015 il primo incontro è durato 60 minuti, il secondo 30 minuti. La perita ha inoltre potuto esaminare numerosi certificati medici risalenti fino al 2007 allestiti anche da medici non specialisti in materia, ma che segnalavano comunque dei disturbi attinenti alla psiche dell'assicurato. Questa esperta ha avuto modo di analizzare e valutare lo stato di salute del ricorrente fino all'aprile 2017 e di confrontarsi, fino ad allora, soprattutto con i pareri specialistici della collega e medico curante dr.ssa med. _____. La psichiatra nominata dall'Ufficio AI ha pure personalmente accertato lo status psichico dell'assicurato così come la farmaco terapia che egli assumeva, suggerendo a quest'ultimo proposito delle modifiche vista la impermeabilità e l'immodificata condizione del ricorrente malgrado l'assunzione di numerosi farmaci, ciò che rendeva poco verosimile l'efficacia della terapia in atto. Inoltre, la consulente ha proposto una via alternativa di cura, quale il ricovero in una struttura specializzata con monitoraggio stretto dell'assunzione, delle concentrazioni ematiche, della funzione renale e della risposta clinica. In occasione della seconda valutazione dell'insorgente, avvenuta nel 2015, a distanza di due anni la dr.ssa _____ ha rilevato che l'assicurato appariva ai colloqui meno abulico e drammatizzante, più interattivo con l'interlocutore, più armonico nell'interazione rispetto al 2013. Non erano emersi elementi che confermassero un peggioramento, quanto piuttosto una migliore modulabilità dell'assicurato, ma ciò non era atto a modificare una modifica sostanziale della capacità, della caricabilità e della resilienza del ricorrente. La terapia farmacologica era stata ridotta, ciò che contrastava con il supposto peggioramento descritto dalla curante. In sostanza, però, il quadro appariva sovrapponibile al 2013, la diagnosi era la medesima non essendovi altre diagnosi alternative sostenibili. L'esperta ha riconosciuto che l'assicurato era cronicamente depresso, difettoso nella caricabilità, rapidamente affaticato, astenico-ipostenico e che la scarsa motivazione alla reazione lo portava ad implodere. Stanti queste circostanze, nella sua valutazione complessiva del 2015 la psichiatra nominata dall'Ufficio AI ha ritenuto che il rendimento psicofisico dell'assicurato era ridotto del 50% e ha quindi confermato la sua precedente opinione del 2013. Occorre ribadire che sia nel 2013 sia nel 2015 la perita è giunta a questa conclusione dopo avere attentamente valutato i pareri della dr.ssa med. _____, psichiatra curante del ricorrente, ed essersi confrontata con essi ben motivando i punti discordanti e il suo parere specialistico. Anche il referto del 31 ottobre 2016 della collega - che riteneva non fosse stata data adeguata attenzione agli aspetti limitanti quali l'apatia, la mancanza di forze, l'affaticabilità, la scarsissima caricabilità, la tensione endopsichica, la mancanza di iniziativa, l'irritabilità, la diminuita capacità di adeguamento e la conseguente valutazione dell'incapacità di lavoro che secondo la dr.ssa _____ non aveva tenuto conto della reale collocabilità - è stato preso debitamente in considerazione dalla consulente del SAM nel suo rapporto dell'11 aprile 2017 allestito pendente causa. Quest'ultima, dopo avere elencato i pareri anche di altri psichiatri che hanno esaminato l'assicurato, ha affermato che " le diagnosi confermate vanno nella linea di un quadro misto con umore deflesso (con fasi di maggiore espressività) ansia e irritabilità. Da più parti si sottolinea la presenza di una quanto meno debole motivazione a reagire che non si può far derivare solo da una difettosa stenia. La proposta del 100% di IL non trova nelle diagnosi alcuna possibilità di conferma. " (doc. VI/2 pag. 2). Per quanto

concerne il parere della psichiatra curante, secondo cui nella valutazione della capacità lavorativa dell'assicurato non sarebbe stato tenuto conto delle limitazioni psichiche – quali marcate diminuzioni della caricabilità, della capacità di adeguamento, della produttività, della resistenza allo stress, dell'autonomia, della capacità di interazione con terzi e un'aumentata affaticabilità, una mancanza di iniziativa – e neppure della diminuzione della collocabilità che esse comportano, stabilendo così che l'interessato era da considerare totalmente inabile al lavoro nel libero mercato del lavoro, la perita ha spiegato che, solitamente, questi spazi protetti sono riservati a persone più compromesse rispetto all'assicurato e con nessuna possibilità di ritrovare una posizione lavorativa nel mondo esterno. A suo dire, al momento non era possibile fornire un lavoro protetto all'assicurato, nel senso di garantire un'attività lavorativa certa e fornita anche in presenza di difetti di caricabilità e tenuta. La consulente del Servizio Accertamento Medico ha poi spiegato i motivi di questa impossibilità di collocare l'assicurato in un ambiente protetto come auspicato dalla sua psichiatra e queste argomentazioni, che hanno portato la dr.ssa med. _____ a confermare un grado di capacità lavorativa del 50% - inteso come difetto di rendimento che tiene conto dei limiti registrati e consente una produttività non totale nelle prime fasi di rientro - mediante un progressivo riallineamento che permette un riadattamento e un allenamento progressivo favorendo il successo del programma di rientro, sono state condivise dal SAM e dal Servizio Medico Regionale. Quest'ultimo ha pure vagliato le ulteriori osservazioni del 12 giugno 2017 della dr.ssa med. _____ la quale ribadiva, in risposta al parere della collega, l'incapacità lavorativa totale dell'assicurato. D'avviso di questo Tribunale, le osservazioni e le argomentazioni fornite dalla psichiatra del Servizio Accertamento Medico sono sufficientemente complete e dettagliate da essere poste quale base di giudizio per la valutazione della capacità lavorativa del ricorrente. Per quanto concerne la compromessa funzione renale dell'assicurato e in progressivo peggioramento, messa in evidenza dalla dr.ssa med. _____ e dal dr. med. _____, tale circostanza è stata attentamente valutata dalla dr.ssa med. _____ del Servizio Accertamento Medico, FMH in medicina interna, la quale ha inoltre consultato il prof. dr. med. _____, nefrologo, e, sentite le sue spiegazioni, ha ritenuto che non v'era motivo per giustificare una riduzione della capacità lavorativa stanti i valori pressori e di creatinina presentati dall'interessato. Entrambi hanno affermato che un'ipertensione arteriosa come quella presentata dall'assicurato non giustificava un'incapacità lavorativa. Inoltre, l'insufficienza renale registrata dal ricorrente era asintomatica e quindi non era atta a giustificare una riduzione della capacità lavorativa. Il peggioramento della creatinina, ritenuto lieve dagli specialisti, ha comportato che il grado della nefropatia è passato da stadio III a stadio III-IV e come tale, secondo gli esperti, non era un peggioramento significativo ai fini della capacità lavorativa. Ancora a fine 2016 il Servizio Accertamento Medico evidenziava che il senso di stordimento, le cefalee recidivanti e i capogiri, nuovamente sollevati dai medici curanti, erano già stati valutati attentamente nella sua precedente perizia del 2013 e la terapia medicamentosa, per l'ipertensione arteriosa, da allora non si era pressoché modificata. I valori della pressione arteriosa, peraltro, quando sono stati misurati durante le giornate di accertamento peritale non erano mai risultati superiori al limite della norma. Di conseguenza, le osservazioni dei curanti non erano in grado di mettere in discussione la capacità lavorativa dell'assicurato in attività leggere e adatte stabilita nel 50% dal SAM, valutazione che teneva conto di tutte le problematiche di salute del ricorrente. In sostanza, quindi, nel 2016 i periti hanno confermato lo stato di salute accertato nel 2013 che, complessivamente, era stabile nei sintomi e per quanto

concerne la funzionalità del ricorrente, ossia senza un'evoluzione tale da modificare la sua capacità lavorativa. La medesima conclusione è stata tratta ancora nell'aprile 2017, quando la dr.ssa _____ si è pronunciata sugli ultimi referti della collega che aveva in cura l'assicurato, ritenendoli ininfluenti ai fini della determinazione della capacità lavorativa dell'insorgente. In queste circostanze, il TCA si allinea quindi alle dettagliate e complete conclusioni tratte dal Servizio Accertamento Medico nei suoi vari pareri specialistici rilasciati dal 2013 al 2017, in cui ha sempre concluso per una capacità lavorativa del 50% - intesa come attività lavorativa svolta sull'arco di una intera giornata con rendimento ridotto del 50% - considerando globalmente non solo la patologia psichiatrica e neuropsicologica, ma anche quella neurologica, reumatologica e cardiologica. A quest'ultimo proposito occorre osservare che il 26 settembre 2013 il dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna e cardiologia, aveva sottoposto l'assicurato a cicloergometria ed ecocardiografia-doppler e aveva affermato che, dopo le diverse dilatazioni coronariche, la situazione sembrava abbastanza calma senza particolari danni strutturali. La prognosi a medio e lungo termine appariva tendenzialmente favorevole, premesso un miglior controllo dell'ipertensione arteriosa. Stante la diagnosi di cardiopatia ischemica, dal punto di vista strettamente cardiaco lo specialista aveva affermato che l'assicurato era da considerarsi inabile al 100% per attività pesanti, mentre abile al 100% per attività moderate e leggere. Il consulente del SAM si è nuovamente pronunciato sulle condizioni di salute del ricorrente il 27 novembre 2014 dopo avere preso atto di nuovi certificati medici del settembre 2014 comprendenti un referto della psichiatra curante dr.ssa med. _____, uno del medico curante dr. med. _____ e un altro della nefrologa curante dr.ssa med. _____. Egli ha concluso che non ravvisava elementi nuovi dal punto di vista cardiologico che apportassero cambiamenti alla sua precedente valutazione del 2013. I successivi referti del dr. med. _____, che ancora il 30 settembre 2016 confermava la cardiopatia ischemica ipertensiva, non sono stati ritenuti tali dal medico SMR da modificare la capacità lavorativa globale dell'assicurato. È solo l'ultimo certificato del 13 giugno 2017 (doc. S), in cui il medico curante ha indicato che "La sua funzione cardiovascolare sia compromessa, con una ipertensione di difficile compensazione ed una malattia coronarica grave che, recentemente (marzo 2017) ha necessitato una PTCA/Stent in urgenza per stenosi critica sul tratto prossimale dell'arteria interventricolare posteriore, ed infarto incombente.", che nel luglio 2017 ha portato il dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale a ritenere il ricorrente inabile al lavoro al 100% in qualsiasi attività. Egli ha però specificato che tale peggioramento era da far risalire al marzo 2017. A mente della scrivente Corte, questa nuova circostanza va in effetti separata dall'oggetto attualmente in esame, che deve portare il giudice a pronunciarsi sulla situazione di fatto e di diritto esistente al momento in cui la decisione impugnata è stata resa (DTF 130 V 140), e quindi a metà febbraio 2017. D'altronde, lo stesso medico curante ha affermato nel certificato del 7 marzo 2017 (doc. E) che "L'ingravescenza di dolori pectanginosi tipici delle scorse ultime due settimane ha motivato la mia richiesta di ricovero al _____ per chiarimenti urgenti. Entrerà in ospedale domattina.", perciò il peggioramento è avvenuto nella terza settimana di febbraio di quest'anno. Prima di allora la situazione era stabile, non vi sono dunque indizi clinici per ammettere che già prima della decisione impugnata lo stato di salute dell'assicurato fosse peggiore di quello ritenuto dal dr. med. _____ nel 2014 e implicitamente confermato anche in seguito dal Servizio Accertamento Medico in assenza di atti medici che attestassero il contrario. Da quanto precede discende che una nuova valutazione dello stato di salute dell'assicurato comprendente anche le modifiche sorte dal punto di vista

cardiologico potrà essere effettuata dall'Ufficio assicurazione invalidità nell'ambito di una revisione d'ufficio, come d'altronde dallo stesso già anticipato (doc. XII). Pertanto, per quanto concerne il periodo in esame, si deve ritenere che la documentazione agli atti è chiara e sufficiente per l'evasione della presente fattispecie, senza che si renda quindi necessario l'esperimento di ulteriori accertamenti, segnatamente una perizia giudiziaria come richiesto dal ricorrente. La fattispecie risulta già adeguatamente accertata da esperti. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 n. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 n. 111 e pag. 117 n. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002, H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c). Non va da ultimo dimenticato di osservare che anche il medico SMR si è pronunciato il 9 dicembre 2013, il 17 febbraio 2014, il 3 luglio 2014, il 12 gennaio 2015, il 27 giugno 2016, il 3 ottobre 2016, il 12 gennaio 2017 e il 4 luglio 2017 sullo stato di salute del ricorrente, prendendo in considerazione non solo la perizia pluridisciplinare SAM del 28 novembre 2013, il suo complemento del 17 dicembre 2014, la perizia psichiatrica di decorso del 23 giugno 2016, il rapporto del 30 novembre 2016 e le osservazioni del 13 aprile 2017, ma anche tutti i rapporti dei medici curanti. L'SMR, quantomeno fino alla data determinante della decisione in lite (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1), non ha ammesso uno stato di salute dell'assicurato peggiore rispetto a quello determinato dagli specialisti intervenuti su nomina dell'Ufficio AI. Il suo giudizio, poi, come visto, non è stato validamente contraddetto dalle argomentazioni dell'assicurato in sede ricorsuale e va pertanto posto alla base del presente giudizio. Il tali circostanze le lagnanze dell'assicurato devono essere respinte. Il TCA fa dunque proprie le conclusioni formulate dall'Ufficio AI, che ha ritenuto esservi un miglioramento delle sue condizioni di salute e della sua capacità lavorativa rispetto alla situazione accertata nel 2011 e nel 2012, quando si era in presenza di uno stato di salute non ancora stabilizzato. Va pertanto ritenuto che dal febbraio 2013 l'assicurato non era più in grado di svolgere la sua precedente attività di autista e di meccanico, mentre tenendo conto di tutte le patologie egli presentava una capacità lavorativa del 50% - intesa come presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto – in attività rispettose dei limiti funzionali e di carico descritti dagli specialisti. 2.9. Riconosciuto il valore invalidante delle affezioni psichiche, neurologiche, reumatologiche e cardiologiche di cui soffre il ricorrente, occorre ora verificare, dal profilo economico, le conseguenze del danno alla salute subito come impone la giurisprudenza. L'obbligo dell'assicurato di mettere a frutto la sua residua capacità lavorativa in altri ambiti lavorativi discende dall'art. 21 LPG. In relazione alle conseguenze economiche dell'incapacità lavorativa, vige il principio secondo cui l'assicurato è tenuto all'obbligo di ridurre le conseguenze economiche negative del danno alla salute. In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se

necessario, in una nuova professione (DTF 113 V

E. 22

consid. 4a pag. 28; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg.). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a; RCC 1968 pag. 434). Dalla persona assicurata possono tuttavia essere pretesi unicamente provvedimenti esigibili che tengano conto delle circostanze oggettive e soggettive del caso concreto, quali la sua capacità lavorativa residua, le ulteriori circostanze personali, l'età, la situazione professionale, i legami presso il luogo di domicilio, il mercato del lavoro equilibrato e la presumibile durata dell'attività lavorativa (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; cfr. pure VSI 2001 pag. 279 consid. 5a/aa e 5a/bb). Occorre anche ricordare che il concetto d'invalidità è riferito ad un mercato del lavoro equilibrato, nozione quest'ultima teorica ed astratta implicante da una parte un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall'altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. Secondo questi criteri si dovrà di caso in caso stabilire se l'invalido possa mettere a profitto le sue residue capacità di guadagno e conseguire un reddito tale da escludere il diritto a rendita. In particolare, l'esistenza di una simile opportunità dovrà essere negata qualora le attività esigibili dall'interessato lo siano in una forma talmente ristretta da non rientrare più nell'offerta lavorativa generale o siano reperibili solo in misura molto ridotta cosicché le possibilità occupazionali appaiono sin dall'inizio escluse o perlomeno non realistiche (DTF 110 V 273 consid. 4b pag. 276; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a; Plädoyer 1995 n. 1 pag. 67 consid. 5c). Secondo la dottrina e la giurisprudenza, da un assicurato costretto ad abbandonare la sua originaria professione, si può pretendere soltanto l'esercizio di quelle attività lucrative che - tenuto conto della sua formazione professionale così come delle sue attitudini fisiche ed intellettuali - gli sono effettivamente accessibili su quel mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione per lui (Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zurigo 2003, pag. 130 e giurisprudenza ivi menzionata; Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Friburgo 1995, p. 205s., secondo cui: "Bei einem Wechsel muss die neue Tätigkeit, die Invalidentätigkeit, der Eigenart des Versicherten angepasst sein und hat den körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie den Behinderungen des Versicherten zu entsprechen"; Doudin, La rente d'invalidité dans l'assurance-accidents selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, in SZS 1990, pag. 255 seg.). In questo ordine d'idee, il TFA ha stabilito che - trattandosi di lavoratori non qualificati esercitanti, prima di divenire invalidi, un'attività manuale - entrano generalmente in linea di conto soltanto dei lavori di manovalanza oppure altre attività fisiche (Omlin, op. cit., pag. 206; RCC 1989, pag. 331 consid. 4a). L'Alta Corte ha tuttavia anche precisato che il mercato del lavoro accessibile a questi assicurati non è limitato a tali attività. Nell'industria e nell'artigianato le attività fisicamente pesanti vengono eseguite sempre più spesso tramite macchinari, motivo per cui aumentano le attività di controllo e sorveglianza (SVR 2002 UV 15, pag. 49 consid. 3b; RCC 1991, pag. 332 consid. 3b, STFA del 20 aprile 2004, U 871/02, consid. 3; STFA del 25 febbraio 2003, U 329/01, consid. 4.5). Anche in questo ambito, vi sono aperte delle opportunità di lavoro per lavoratori ausiliari, così come è il caso per il settore delle prestazioni di servizio. Occorre infine rilevare che, secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze

esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito va rilevato che il TFA ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza (STF 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 consid. 8.2; Pratique VSI 1998 pag. 296 consid. 3b; STFA del 25 febbraio 2003, U 329/01, consid. 4.7). Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimento). Tale reddito deve essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione reale dei salari (cfr. ancora DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza l'invalidità, si farà riferimento a valori empirici o statistici (VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 n. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi, ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 pag. 100 consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c). 2.10. Nell'evenienza concreta, per la determinazione della perdita di guadagno l'Ufficio AI si è basato sul rapporto finale dell'SMR secondo cui l'assicurato, malgrado il danno alla salute, era comunque in grado di svolgere altre attività lucrative in ragione del 50%. L'amministrazione ha quindi utilizzato il consueto metodo ordinario mettendo a confronto il reddito di Fr. 67'639.- che l'assicurato avrebbe conseguito nel 2014 senza il danno alla salute nella professione precedente di autista-meccanico al 100% (reddito da valido), con quello di Fr. 31'431.- (reddito da invalido) risultante da un'ipotetica attività leggera e ripetitiva svolta al 100% nel 2014 (Fr. 66'170.-) ridotta del 50% per la sua capacità lavorativa residua e ancora del 5% per motivi personali, per ottenere una perdita di guadagno del 54%. Più specificatamente, l'Ufficio AI si è fondato su un reddito da valido stabilito sulla base dei dati forniti dall'ex datore di lavoro (docc. 130 e 217). 2.11. Riguardo al reddito da valido, ossia il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire prima che sorgesse il danno alla salute (2009), dagli atti risulta che il 27 dicembre 2013 (doc. 126) _____, ex datore di lavoro del ricorrente, ha attestato che lo stipendio lordo

annuale per il 2012, comprensivo di ogni supplemento e della tredicesima, sarebbe ammontato a Fr. 58'102,20 (Fr. 4'469,40 x 13). Il 21 gennaio 2014 (doc. 130) il datore di lavoro ha confermato che se l'assicurato avesse continuato a lavorare per l'azienda al 100% avrebbe percepito nel 2012 uno stipendio annuo, comprensivo di ogni supplemento per le vacanze, le indennità per festivi e la tredicesima, di Fr. 67'639.-. Inoltre, ha precisato che dal 2011 al 2012 non ci sono stati aumenti di stipendio. Su nuova richiesta dell'Ufficio AI del 28 giugno 2016 (doc. 216), il 12 luglio 2016 (doc. 217) l'ex datore di lavoro ha affermato che i salari lordi complessivi per gli anni 2013, 2014, 2015 e 2016 non sarebbero variati da quanto già comunicato per l'anno 2012 in quanto non v'erano stati aumenti. Da parte sua il ricorrente ha prodotto un'attestazione rilasciata il 22 settembre 2009 (doc. U) da _____, in cui viene certificato che egli era alle sue dipendenze dal 1° luglio 1997 come autista di autocarri e che percepiva uno stipendio lordo mensile di Fr. 5'140.- per 13 mensilità. Dai conti salari 2010 e 2011 risulta che il salario mensile era pari a Fr. 5'168.- rispettivamente a Fr. 5'203.-. Infatti, è su tale base di stipendio che l'assicuratore infortuni ha aggiornato negli anni il salario e che è giunto dal 2011 in poi ad un salario da valido di Fr. 67'639.-, ossia a Fr. 5'203.- x 13 mesi (doc. V). Per il ricorrente, invece, per calcolare il suo reddito da valido si deve partire dal salario del 2010 di Fr. 67'184.- (Fr. 5'168.- x 13) risultante dal foglio stipendio di gennaio 2010 (doc. M) e aggiornarlo al 2014 in virtù dell'evoluzione dei salari nominali dei prezzi al consumo e dei salari reali (Tabella T39, doc. N), per ottenere un salario lordo annuo di Fr. 69'428,50. Sulla scorta degli atti a disposizione, il TCA ritiene che il reddito da valido del ricorrente è stato correttamente accertato dall'Ufficio AI, che ha espressamente interpellato al riguardo l'ex datore di lavoro, il quale ha comprovato che l'iniziale salario lordo del 2009 è aumentato fino al 2011 e poi, sottostando ad un contratto collettivo di lavoro, non è più stato aggiornato negli anni dalla competente Commissione paritetica cantonale per le industrie degli autotrasporti. Ciò vale anche per l'anno 2017 (<http://www.cpcdiverse-ti.ch/download/687.pdf>), momento in cui ci si deve porre per valutare se l'interessato ha diritto di (continuare a) ricevere la rendita di invalidità. Di conseguenza, non si vede per quale motivo bisognerebbe indicizzare il salario del 2010 come proposto dall'insorgente stesso, peraltro mediante una tabella (T39) non consona allo scopo. Nel 2017 il reddito da valido del ricorrente va dunque confermato in Fr. 67'639.-. 2.12. Per quanto concerne il reddito da invalido, la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nella sentenza pubblicata in DTF 126 V 75, che al considerando 3b/aa ha stabilito che ai fini della fissazione del reddito da invalido è determinante la situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale (" Soziallohn "). Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali ufficiali, edite dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 pag. 332 consid. 3c, 1989 pag. 485 consid. 3b). Al fine di non discriminare gli assicurati attivi in Ticino, Cantone in cui i salari sono notoriamente più bassi rispetto alla media nazionale, visto che il reddito da non invalido è quello che verrebbe effettivamente percepito dagli assicurati nel nostro Cantone senza il danno alla salute, da alcuni anni questo Tribunale aveva deciso che nell'applicazione dei dati statistici per determinare il reddito da invalido - se necessaria la sua determinazione teorica - occorreva utilizzare la tabella che rifletteva i salari versati nella nostra regione (TA13). L'Alta Corte ha però stabilito che sono

esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV Nr. 17, STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). Con sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza federale U 8/07 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...)" quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art. cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)" . Questo tema è stato definitivamente risolto dalla nostra Massima Istanza nella sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009, in cui ha ricordato che: " 3.3 In una recente sentenza 8C_652/2008 dell'8 maggio 2009, non ancora pubblicata nella Raccolta ufficiale, il Tribunale federale, precisando la propria giurisprudenza, ha stabilito che quando il reddito effettivamente conseguito differisce di almeno il 5% rispetto al salario statistico riconosciuto nel corrispondente settore economico, esso deve essere considerato considerevolmente inferiore alla media nel senso della DTF 134 V 322 e può - in caso di adempimento degli altri presupposti - giustificare un parallelismo dei redditi di raffronto (consid. 6.1.2). A questo parallelismo si procederà però soltanto limitatamente alla parte percentuale eccedente la soglia determinante del 5% (consid. 6.1.3). Questa Corte ha nella stessa sentenza confermato che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali." (...). In seguito, nella STF 9C_21/2014 del 2 aprile 2014 l'Alta Corte ha ribadito al considerando 4.2 che i dati di riferimento vanno adeguati in base al principio del parallelismo dei redditi soltanto se è comprovato che l'assicurato non intendeva accontentarsi di un salario modesto. Inoltre, il TF ha ricordato che non vi è una presunzione in tal senso. 2.13. Per quanto concerne il 2017, anno di eventuale riduzione del diritto alla rendita (DTF 128 V 174 = RAMI 2002 U 467 pag. 511 segg.), in assenza di dati salariali concreti occorre basarsi sui dati statistici nazionali e dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2014, edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2014_tirage_skill_level Rami economici (NOGA08) (denominata Salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso; DTF 142 V 178), si osserva che il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dagli uomini per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze; STF 9C_632/2015) di 40 ore settimanali nel settore privato corrisponde ad un importo di Fr. 63'744.- (Fr. 5'312.- x 12 mesi). Adattando all'evoluzione dei salari nominali questo dato fino a porsi al momento in cui l'assicurato dovrebbe (continuare a) ricevere la rendita (DTF 126 V 81 consid. 7a; STF U 8/07 del 20 febbraio 2008; STCA 36.2008.148 del 12 dicembre 2008; S TCA del 13 febbraio 2006, 36.2005.55), per l'indicizzazione dei salari nell'ambito dell'accertamento del reddito ipotetico da invalido si ha per gli uomini che partendo dal dato del 2014 (Tabella TA1 2014) il salario lordo statistico svizzero adeguato al rincaro ammonta nel 2016 a Fr. 64'299,91 (Fr. 63'744.- : 103,2 x 104,1) (cfr. Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2016, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica in: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/lavoro-reddito/salari-reddito-lavoro-costo-lavoro/evoluzione-salari.assetdetail.255182.html>; STF 8C_671/2013 del 20 febbraio 2014, consid. 4.2). Questo importo va infine aggiornato al 2017 dello 0,3%, ultimo dato disponibile, ossia la stima trimestrale per il secondo quartale per il 2017

(<https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/lavoro-reddito/salari-reddito-lavoro-cost-o-lavoro/evoluzione-salari/stima-trimestrale.html>). Si ha dunque un reddito lordo annuo ipotetico di Fr. 64'492,81 (Fr. 64'299,91 + [Fr. 64'299,91 x 0,3 : 100]). Questi dati si riferiscono, però, ad un tempo lavorativo di 40 ore alla settimana. Riportando ora queste cifre su un orario medio di lavoro settimanale nelle aziende di 41,7 ore computabili nel 2016 (cfr. per questo aspetto, STFA I 203/03 del 21 luglio 2003, consid. 4.4; cfr. anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008 e la Tabella sulla durata normale del lavoro nelle aziende secondo la divisione economica, in ore per settimana (T 03.02.03.01.04.01), pubblicata dall'Ufficio federale di statistica, aggiornata al 2016: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/travail-remuneration/activite-professionnelle-temps-travail/temps-travail/heures-normales-statistique-duree-normale-travail.assetdetail.2967269.html>), ultimo dato disponibile, il salario lordo medio ipotetico nazionale da invalido per un uomo ammonta a Fr. 67'233,75 (Fr. 64'492,81 : 40 x 41,7), ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa (STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a). 2.14. L'assicurato si è inoltre lamentato che l'Ufficio AI non ha applicato il principio del parallelismo dei redditi e quindi non ha tenuto conto della differenza di salario del 10,78% (gap salariale) fra quanto egli avrebbe percepito dal suo datore di lavoro (Fr. 69'428,80) e quanto avrebbe guadagnato a livello svizzero per la stessa attività (Fr. 77'815,50). Inoltre, lo stipendio di Fr. 5'140.- che percepiva nel 2009 non era uno stipendio notevolmente al di sotto della media. Peraltro, egli non si era accontentato di questo salario. Ritenuto che ha una formazione di elettricista e che quando è stato assunto non padroneggiava la lingua italiana, non si poteva in ogni caso pretendere che cercasse un'occupazione meglio retribuita. A questo proposito va ribadito che i dati di riferimento vanno adeguati in base al principio del parallelismo dei redditi soltanto se è comprovato che l'assicurato non intendeva accontentarsi di un salario modesto. Non v'è una presunzione in tal senso (STF 9C_21/2014 del 2 aprile 2014 consid. 4.2; STF 9C_205/2011 del 10 novembre 2011 consid. 8.4). Il Tribunale federale ha riconosciuto che se un assicurato, per motivi estranei all'invalidità (per esempio a causa della sua carente formazione scolastica o professionale, delle sue carenti competenze linguistiche, delle limitate possibilità di assunzione dovute a uno statuto di lavoratore stagionale, ecc.), ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media dei salari nazionali conseguibili nello stesso ambito professionale - tale limite essendo stato fissato al 5% - senza che vi si sia spontaneamente accontentato, si procede a un parallelismo dei due redditi di paragone per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (DTF 135 V 297). Il parallelismo dei redditi tiene quindi conto della circostanza che l'assicurato da invalido non è realisticamente in grado di realizzare il salario statistico medio, per cui occorre riconoscergli un salario da invalido conseguentemente più basso. Per contro, laddove un reddito da invalido di fascia media è realisticamente conseguibile, rispettivamente ragionevolmente esigibile, un reddito da valido inferiore alla media (per motivi economici) non deve essere adattato al livello medio di tale reddito (DTF 135 V 58 consid. 3.4.3 e 3.4.4). In sostanza, nel parallelismo dei redditi il confronto va effettuato tra quanto effettivamente realizzato prima dell'evento assicurato e la media svizzera usuale nel settore specifico. Inoltre, il parallelismo dei redditi si giustifica non solo in ragione della differenza considerevole (già una differenza del 5% è sufficiente per apparire considerevole) tra il reddito effettivamente conseguito e quello mediamente realizzabile (a livello nazionale) nel settore specifico, ma anche e soprattutto per l'involontarietà di questa differenza. L'assicurato non può infatti fare ricadere sulla collettività degli assicurati le conseguenze di una sua scelta personale. In simile evenienza nessun intervento, anche solo parziale, può

essere richiesto dall'AI (STF 9C_21/2014 del 2 aprile 2014 consid. 3; STF 9C_430/2013 del 22 luglio 2013). Nel caso di specie, questo Tribunale evidenzia che il curriculum formativo e professionale del ricorrente indica variegate attività negli anni – dall'aiuto cucina al portiere, dal cameriere all'autista (doc. 8) -, ma dal 1981 fino al 2009 ha lavorato come autista ed in particolare dal 1997 fino al giorno dell'incidente stradale era dipendente della _____.

Pertanto, queste circostanze portano a concludere che l'assicurato, già attivo come autista da 16 anni e poi entrato alle dipendenze del summenzionato datore di lavoro presso cui ha lavorato per 12 anni, si è accontentato del reddito che quest'ultimo gli ha versato in tutti questi anni. Una diversa conclusione non può quindi essere tratta, dato che non risulta che egli abbia messo in atto sforzi particolari, nel corso di questi anni, per cambiare attività ed ottenere in questo modo un salario superiore. Non è stata infatti apportata nemmeno una prova che era intenzione del ricorrente cambiare datore di lavoro per potere progredire nella sua carriera lavorativa e percepire di conseguenza uno stipendio maggiore. Ne discende che l'applicazione del parallelismo dei redditi deve essere qui esclusa e quindi non sono realizzati i presupposti per ridurre il reddito statistico da invalido in applicazione della giurisprudenza di cui alla STF U 8/07 del 20 febbraio 2008 ed alla STF 8C_44/2009 sopra menzionate, nonché alla DTF 135 V 297 (STCA 32.2015.119 del 2 agosto 2016; STCA 32.2014.190 del 24 settembre 2015; STCA 36.2014.107 del 2 febbraio 2015; STCA 36.2014.14 del 1° dicembre 2014; STCA 32.2014.16 del 18 giugno 2014). Di conseguenza, il reddito statistico lordo medio nazionale da invalido per un uomo nel 2017 resta fissato a Fr. 67'233,75. 2.15. Secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione, ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Con sentenza 9C_179/2013 del 26 agosto 2013, a proposito della riduzione del salario statistico tramite l'utilizzo di multipli di 5, il TF ha affermato: " 5.4 Contrariamente al potere di apprezzamento del Tribunale federale, quello dell'autorità giudiziaria di primo grado non è per contro limitato alla violazione del diritto (compreso l'eccesso e l'abuso del potere di apprezzamento), ma si estende ugualmente all'esame di adeguatezza della decisione amministrativa ("Angemessenheits-kontrolle"). In tale contesto l'esame verte sulla questione di sapere se un'altra soluzione non sarebbe stata più opportuna rispetto a quella adottata, in un caso concreto, dall'autorità nell'ambito del proprio potere di apprezzamento e pur nel rispetto dei principi generali del diritto. A tal proposito, il giudice delle assicurazioni sociali non può, senza valido motivo, sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione; deve piuttosto fondarsi su circostanze tali da fare apparire il proprio apprezzamento come quello maggiormente appropriato (DTF 126 V 75 consid. 6 pag. 81; DTF 137 V 71 consid. 5.2 pag. 73 seg.). 5.5. La decisione del Tribunale cantonale di distanziarsi dalla deduzione operata dall'UAI a titolo di circostanze particolari non viola il diritto federale né configura altrimenti un abuso o un eccesso nell'esercizio del potere di apprezzamento poiché poggia su un valido motivo. Come fanno giustamente

notare i giudici di prime cure, nella sua prassi il Tribunale federale applica infatti abitualmente a questo genere di deduzioni dei multipli di 5 quando non si limita semplicemente ad avallare – a causa dell'ininfluenza del calcolo per l'esito della valutazione – il giudizio dell'istanza precedente. L'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe invece problematica poiché siffatte riduzioni sarebbero difficilmente concretizzabili e quindi anche difficilmente verificabili in sede giudiziaria (cfr. Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invaliden-versicherung [IVG], in: Murer/Stauffer [ed.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2a ed. 2010, pag. 314). (...). Con sentenza 8C_80/2013 del 17 gennaio 2014 il TF ha rammentato che non è necessario procedere con deduzioni distinte per ogni fattore entrante in considerazione come le limitazioni legate all'età, gli anni di servizio, la nazionalità, la categoria del permesso di soggiorno o ancora il tasso d'occupazione. Occorre piuttosto procedere ad una valutazione globale, nei limiti del potere di apprezzamento, degli effetti di questi fattori sul reddito da invalido, tenuto conto dell'insieme delle circostanze concrete (cfr. consid. 4.2: “[...] Or, il sied de rappeler qu'il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb p. 80; arrêt 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.1). [...]”). Non è dunque possibile procedere separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, ma la deduzione va fatta complessivamente tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso, ma non può superare il 25% (STF 9C_211/2016 del 18 ottobre 2016 consid. 6.2.1). Nel caso di specie l'Ufficio AI ha tenuto conto di una deduzione del 5% per attività leggere (doc. 219). Per l'insorgente, considerato che “l'attività di autista del signor RI 1 è un'attività qualificata, si pretendono da lui attività leggere, ha cominciato tale attività nel 1997 e di conseguenza vige una capacità limitata da riadattarsi e considerata la capacità residua, la riduzione sociale dev'essere di almeno il 15%.” (doc. I pag. 10). Nel dettaglio, nessuna riduzione deve essere concessa in funzione dell'età (l'assicurato è nato nel 1955). Infatti, nella STF 9C_1013/2008 del 23 dicembre 2009, in cui la ricorrente era 56enne al momento della decisione amministrativa, l'Alta Corte ha affermato che l'età non solo non si ripercuote negativamente sul reddito ipotetico da invalido, ma addirittura incide favorevolmente su di esso. Inoltre, nella STF 8C_360/2010 del 30 novembre 2010 al considerando 12.1 il Tribunale federale ha precisato che l'età avanzata è un fattore estraneo all'invalidità. I lavoratori ausiliari, attivi in quei settori di attività accessibili a lavoratori non qualificati, sono richiesti indipendentemente dalla loro età in un mercato del lavoro equilibrato (cfr. anche la sentenza I 594/04 del 14 febbraio 2005). Circa la nazionalità e la sua formazione professionale, va evidenziato che l'insorgente, in Svizzera dal 1976, è titolare di un permesso C di domicilio, è coniugato e ha frequentato le scuole medie e professionali al suo Paese di origine. Inoltre, come risulta dal curriculum vitae (doc. 8), legge e scrive bene in italiano, così come in tedesco. La sua lingua madre è il _____, ma si esprime anche in _____. In queste circostanze, si ritiene corretto che l'Ufficio AI non abbia ritenuto di dovere applicare delle riduzioni per la nazionalità e la formazione. Per quanto concerne lo svolgimento di un'attività leggera, l'amministrazione ha a buon diritto ritenuto che non potendo più l'assicurato svolgere dei lavori pesanti, si doveva procedere a una riduzione del reddito del 5%. Nessuna deduzione, invece, è stata

giustamente concessa per le limitazioni funzionali, visto che la limitazione del rendimento determinato in sede medica le tiene già in considerazione. Infatti, la riduzione per attività parziale non può essere concessa, poiché nel caso di specie la capacità lavorativa del 50% è da intendere quale riduzione del rendimento del 50% nell'ambito di una presenza durante tutto il giorno (cfr. rapporto finale SMR). Al riguardo, va evidenziato che alla luce di quanto sottolineato dall'Alta Corte nella STF 9C_359/2014 del 5 settembre 2014, la riduzione del rendimento non dà luogo ad un'ulteriore riduzione per motivi personali: " 5.4. En ce qui concerne le taux d'abattement sur le salaire statistique, la jurisprudence considère que lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail et il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (arrêts 9C_677/2012 du 3 juillet 2013 consid. 2.2; 8C_93/2013 du 16 avril 2013 consid. 5.4 et les références).". Anche nella STF 8C_163/2015 del 16 giugno 2015 il Tribunale federale ha ricordato che non è possibile, nel momento in cui si valuta l'entità della riduzione percentuale da applicare al reddito da invalido, tenere conto nuovamente della riduzione di rendimento già constatata a livello medico e inclusa nella valutazione della capacità lavorativa residua, onde evitare di prendere in considerazione due volte lo stesso punto di vista (STCA 32.2015.76 dell'8 marzo 2016; STCA 32.2014.130 del 24 settembre 2015). La nostra Massima Istanza ha espressamente indicato che: " (...) 3.2.2. Bestehen über das ärztlich beschriebene Beschäftigungspensum hinaus zusätzliche Einschränkungen, wie beispielsweise ein vermindertes Rendement pro Zeiteinheit wegen verlangsamter Arbeitsweise oder ein Bedarf nach ausserordentlichen Pausen oder ist die funktionelle Einschränkung ihrer besonderen Natur nach nicht ohne weiteres mit den Anforderungen vereinbar, wie sie sich aus den gewöhnlichen betrieblichen Abläufen ergeben, kann dies bei der Bemessung des leidensbedingten Abzugs vom statistischen Tabellenlohn berücksichtigt werden (Urteil 8C_260/2011 vom 25. Juli 2011 E. 5.5 mit Hinweisen). Allerdings ist zu beachten, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzuges einfließen können, weil damit ein- und derselbe Gesichtspunkt bei der Bestimmung des Invalideneinkommens doppelt angerechnet würde. Die Vorinstanz hat zutreffend erkannt, dass Dr. med. B._____ die Arbeitsfähigkeit in der angestammten oder einer anderen adaptierten Erwerbstätigkeit in der Bandbreite von 50 % - 70 % angab, wobei aus der (mehrfachen) Unterstreichung des höheren Niveaus (70 %) zu schliessen war, dass die Versicherte eher in diesem Umfang ohne Leistungseinschränkung arbeiten könnte. Unter diesen Umständen hat das kantonale Gericht zu Recht erkannt, dass kein triftiger Grund bestand, in das Ermessen der Verwaltung einzugreifen, zumal auch sonst kein abzugsbegründendes Merkmal gemäss BGE 126 V 75 vorlag, welches die Vorinstanz, auf deren Entscheid im Übrigen verwiesen wird, nicht berücksichtigt hätte.". Tutto ben considerato, il TCA ritiene che, da una valutazione complessiva, il tasso di deduzione del 5% sia adeguato e ciò tenendo anche conto delle limitazioni funzionali indicate dai periti e dal medico SMR. Non v'è quindi alcun motivo per sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione nell'applicazione della riduzione concessa, percentuale che si trova del resto entro i limiti riconosciuti dalla giurisprudenza. 2.16. Ne segue che il reddito statistico ipotetico da invalido rivalutato ammontante nel 2017 a Fr. 67'233,75 va ritenuto nella misura del 50% (Fr. 67'233,75 x 50 : 100 = Fr. 33'616,87) stante la ridotta capacità lavorativa esigibile dell'assicurato e in seguito questo nuovo reddito va diminuito del 5% per tenere conto delle circostanze personali , ottenendo così l'importo di Fr. 31'936.- (Fr.

33'616,87 - [Fr. 33'616,87 x 5 : 100]). Confrontando questo dato con l'ammontare di Fr. 67'639.- corrispondente al reddito (ipotetico) da valido che l'assicurato avrebbe potuto conseguire nell'anno 2017 per l'attività di autista esercitata al 100% senza il danno alla salute, risulta dunque una perdita di guadagno del 52,78% ([Fr. 67'639.- - Fr. 31'936.-] : Fr. 67'639.- x 100), che va arrotondata al 53% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. Il ricorrente ha quindi diritto a una mezza rendita di invalidità. 2.17. Al medesimo risultato si giungerebbe comunque anche se si ammettesse che il ricorrente non si era accontentato dello stipendio ricevuto e quindi si tenesse conto di un gap salariale derivante dall'applicazione del principio del parallelismo dei redditi. Da un lato si ha un reddito da valido teoricamente conseguito per il 2017 come autista per un'occupazione al 100% per 47,5 ore (doc. 12) di Fr. 67'639.- (cfr. consid. 2.11). Dall'altro lato, per un'attività equivalente esercitata a tempo pieno nel 2017 per 42,9 ore alla settimana nel settore H 49 relativo ai trasporti terrestri, livello di competenze 2 (che prevede attività di trasporto), il reddito ottenibile per un uomo ammonta a Fr. 74'779,11 all'anno. Partendo dunque dalla Tabella TA1 2014_tirage_skill level (NOGA 08), categoria professionale 49-52 "Trasp. terrestre, per vie d'acqua e aereo; magazzinaggio", livello di competenze 2, si ha un salario mensile lordo di Fr. 5'742.- (importo comprensivo già della tredicesima), ossia un salario annuo di Fr. 68'904.-. Poi, per l'indicizzazione dei salari nell'ambito dell'accertamento del reddito ipotetico da invalido, occorre fondarsi sui dati statistici disponibili per i settori specifici o quantomeno per analoghi generi di attività (STF 9C_854/2013 del 24 febbraio 2014 consid. 4.1 e 5.2; STF 8C_671/2013 del 20 febbraio 2014 consid. 4.3; STF 9C_748/2009 del 16 aprile 2010 consid. 4.5 pubblicata in RtiD II-2010 pag. 194; STCA 32.2014.125 dell'8 luglio 2015; STCA 32.2012.315 del 30 settembre 2013; STCA 36.2013.8/9 del 20 giugno 2013; STCA 32.2010.313 del 25 maggio 2011). Nel ramo professionale del trasporto e del magazzinaggio, servizi postali e di corriere (ramo economico H/49-53), il salario medio svizzero per uomini, debitamente adeguato al rincaro, ammonta a Fr. 69'515,57 nel 2016 (Fr. 68'904.- : 101,4 x 102,3) e a Fr. 69'724,12 nel 2017 tenuto conto della variazione trimestrale dello 0,3% (cfr. Tabella T1.1.10 Indice dei salari nominali, Uomini, 2011-2016, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica). Questo importo a sua volta va riportato su 42,9 ore/ settimana (cfr. Tabella sulla durata normale del lavoro nelle aziende secondo la divisione economica, in ore per settimana, pubblicata dall'Ufficio federale di statistica, T 03.02.03.01.04.01) per un tempo di lavoro medio esigibile nel 2016 nello specifico settore "H" dei trasporti (STF 9C_854/2013 del 24 febbraio 2014 consid. 4.1 e 5.2; STF 8C_671/2013 del 20 febbraio 2014 consid. 4.3; STF 9C_748/2009 del 16 aprile 2010, consid. 4.5; STF 8C_771/2008 del 3 giugno 2009, consid. 4.1; STCA 32.2014.125 dell'8 luglio 2015; STCA 36.2013.14 del 22 aprile 2014; STCA 36.2013.82 del 18 marzo 2014; STCA 32.2012.315 del 30 settembre 2013; STCA 36.2013.8/9 del 20 giugno 2013; STCA 32.2010.313 del 25 maggio 2011; STCA 32.2010.133 del 22 novembre 2010). Si ottiene così un importo annuo aggiornato al 2017 di Fr. 74'779,11 (Fr. 69'724,12 : 40 x 42,9). Più precisamente, il reddito che l'assicurato avrebbe percepito lavorando a tempo pieno nel 2017 come autista presso il summenzionato datore di lavoro sarebbe inferiore del 9,55% ([Fr. 74'779,11 - Fr. 67'639.-] : Fr. 74'779,11 x 100) rispetto a quello statistico svizzero ottenibile nel medesimo settore professionale. Pertanto, il reddito statistico lordo da invalido relativo all'anno 2017 andrebbe ridotto del 4,55% (9,55 - 5%; citata STF 8C_44/2009), per attestarsi a Fr. 64'174,61 (Fr. 67'233,75 - [Fr. 67'233,75 x 4,55 : 100]). Si avrebbe quindi che il reddito statistico ipotetico da invalido ridotto ammontante nel 2017 a Fr. 64'174,61 andrebbe ritenuto nella misura del 50% (Fr. 64'174,61 x 50 : 100 = Fr.

32'087,30) stante la ridotta capacità lavorativa esigibile dell'assicurato e in seguito questo nuovo reddito andrebbe diminuito del 5% per tenere conto delle circostanze personali , ottenendo così l'importo di Fr. 30'482,93 (Fr. 32'087,30 - [Fr. 32'087,30 x 5 : 100]). Confrontando questo dato con l'ammontare di Fr. 67'639.- corrispondente al reddito (ipotetico) da valido che l'assicurato avrebbe potuto conseguire nell'anno 2017 per l'attività di autista esercitata al 100% senza il danno alla salute, risulterebbe dunque una perdita di guadagno del 54,93% ([Fr. 67'639.- - Fr. 30'482,93] : Fr. 67'639.- x 100), che va arrotondata al 55% . Pertanto, anche in tale ipotesi di lavoro il ricorrente avrebbe diritto a una mezza rendita di invalidità ex art. 28 cpv. 2 LAI. 2.18. Alla luce di tutto quanto esposto, dall'inabilità lavorativa del 100% come autista/meccanico sorta nel maggio 2009 che dal 2011 ha permesso al ricorrente di beneficiare di una rendita intera, ora questo diritto si riduce a una mezza rendita di invalidità. Infatti, tenuto conto di una capacità lavorativa residua del 50% (intesa come riduzione del rendimento) in altre attività adeguate dal febbraio 2013, la perdita di guadagno del 53% - oppure del 55% tenendo conto di un ipotetico gap salariale - stabilita da questo Tribunale fa sì che il ricorrente abbia diritto a una mezza rendita AI dal 1° aprile 2017 giusta l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI. Questo Tribunale non può quindi che confermare la decisione di riduzione della rendita d'invalidità stabilita dall'amministrazione con la decisione impugnata. 2.19. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico dell'insorgente.

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