

TI_GERICHTE 32.2002.9 vom 29. November 2001

TI Tribunale d'appello, 2001-11-29, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2002.9

FR: TI_GERICHTE 32.2002.9 du 29 novembre 2001

IT: TI_GERICHTE 32.2002.9 del 29 novembre 2001

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 22.05.2002 32.2002.9 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 22.05.2002 32.2002.9 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 22.05.2002 32.2002.9

Sentenza o decisione senza scheda

RACCOMANDATA Incarto n. 32.2002.00009 BS /sc Lugano 22 maggio 2002 In nome della Repubblica e Cantone del Ticino Il vicepresidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Raffaele Guffi con redattore: Marco Bischof segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso del 17 gennaio 2002 di _____, rappr. da: _____, contro la decisione del 29 novembre 2001 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona 1 Caselle, in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto, in fatto 1.1. Con decisioni 12 giugno e 11 luglio 1997 l'Ufficio assicurazioni invalidità (UAI) ha riconosciuto a _____, classe 1937, di professione gerente d'esercizio pubblico, una mezza rendita d'invalidità, con effetto dal 31 dicembre 1994 (doc. AI _). Le decisioni sono cresciute in giudicato. A seguito del versamento delle prestazioni assicurative, il 22 luglio 1997 l'assicurato ha ritirato un "reclamo-ricorso" introdotto al TCA contro lo scritto 17 febbraio 1997 dell'UAI. Con decreto 28 luglio 1998 del TCA la causa è stata stralciata dai ruoli (inc. 32.97.0023, cfr. doc. AI _). Dopo aver avviato d'ufficio una revisione della rendita, con delibera 3 maggio 1999 l'amministrazione ha comunicato all'assicurato che " gli accertamenti eseguiti hanno permesso di confermare il diritto all'attuale grado d'invalidità del 55%. Di conseguenza la rendita non subirà modifiche "(doc. AI _). 1.2. In data 12 settembre 2000 il medico curante, dr. _____, ha comunicato all'UAI un peggioramento dello stato di salute dell'assicurato, ritenendo data un'invalidità di oltre il 66% (doc. AI _). Ricevute delle precisazioni da parte del curante (doc. AI _), l'amministrazione ha poi ordinato al Servizio Medico Regionale dell'Assicurazione Invalidità (SMR) l'espletamento di una perizia (doc. AI _). Sulla base del referto peritale 20 giugno 2001, con progetto di decisione 10 luglio 2001 l'UAI ha respinto la domanda di revisione poiché: " Dalla documentazione agli atti ed in particolare dalla visita medica eseguita dal Servizio Medico Regionale AI il 19 giugno 2001 non risulta un peggioramento dello stato di salute tale da giustificare un aumento del grado d'invalidità. Viene pertanto riconfermato l'attuale diritto a mezza rendita AI." (Doc. AI _). Con lettera 20 settembre 2001 il medico curante ha preso posizione su quanto attestato dal SMR ed ha rilevato che: " Ho visionato il rapporto del Dr. _____ che ha visto il paziente in un momento in cui non presentava un episodio acuto d'artrite urica. L'accertamento è stato eseguito il 20.06.2001 ed allora le condizioni del paziente erano tranquille e concordavo

con i referti e le valutazioni fatte dal Dr. _____. Ho rivisto però il paziente a due riprese, per un'artrite urica del ginocchio sx., il 10.08.01 ed il 10.09.01 e nelle due occasioni il paziente era sofferente, limitato nei movimenti ed il ginocchio era gonfio e dolente. Era per questo motivo che avevo annunciato un peggioramento, presentando episodi ricorrenti d'artrite che lo hanno costretto a rinunciare in modo definitivo all'attività di gerente d'esercizio pubblico." (Doc. AI _) Raccolta la presa di posizione del SMR in merito al succitato scritto (doc. _) e dopo aver nuovamente interpellato il medico curante (doc. AI _), in data 28 novembre 2001 l'amministrazione ha informato l'assicurato che: " a seguito del progetto di decisione del 10.7.2001 e relativo colloquio abbiamo trasmesso nuovamente il dossier del signor _____ al nostro Servizio Medico Regionale AI. Lo stesso ha nuovamente confrontato attentamente il rapporto peritale esperito dai medici dell'Ospedale _____ l'11.2.1997 e l'esame effettuato il 19.6.2001. Le conclusioni fanno notare una situazione clinica e anamnestica sovrapponibile. Lo stato clinico non presenta grandi variazioni. Anche dopo anni di disturbi gottosi non sono apparse delle lesioni organiche o aumenti delle limitazioni funzionali delle diverse articolazioni toccate. Attualmente risulta una frequenza di circa un attacco gottoso al mese. Nel 1997 si dichiarava che questi attacchi si verificavano con una frequenza di ca. 1-2 al mese. La situazione clinica è pertanto stabile e non giustifica un peggioramento dello stato di salute. Per questi motivi il progetto di decisione del 10 luglio scorso, e quindi la mezza rendita AI con un grado del 55%, deve essere confermato. Nel corso dei prossimi giorni le sarà intimata la decisione formale con possibilità di ricorso al Tribunale Cantonale delle Assicurazioni." (Doc. AI _) Mediante decisione 29 novembre 2001 l'UAI ha quindi respinto la domanda di revisione e confermato la mezza rendita (doc. AI _). 1.3. Contro la decisione amministrativa, notificata il 3 dicembre 2002 (doc. _), _____, per il tramite dell'avv. _____, è tempestivamente insorto, postulando il riconoscimento di una rendita intera. L'assicurato ha infatti sostenuto un rilevante peggioramento del suo stato di salute. Inoltre egli ha sottolineato come, a causa della sua parziale capacità lavorativa, nel dicembre 1999 la competente autorità amministrativa cantonale gli abbia ritirato la patente di gerente, ciò che ha avuto come conseguenza la perdita del posto di lavoro. In merito alle affezioni accusate, l'insorgente ha rilevato che: " (...) dopo un esame della richiesta durato oltre un anno, l'Ufficio AI conclude che dalla visita medica eseguita dal servizio medico regionale il 19 giugno 2001 non emergono dati sufficienti a legittimare l'aumento del grado d'invalidità. Va innanzitutto rilevato che la poliartrite urica, di cui soffre il ricorrente, non si manifesta in modo costante, bensì provoca attacchi dolorosi della durata di 7-10 giorni, con difficoltà alla deambulazione, con intervalli di circa un mese. Questo fatto può essere confermato dalla frequenza delle visite al medico curante, che avvengono appunto in occasione degli attacchi e non quando il paziente si trova in un intervallo della malattia. Il giorno 19 giugno 2001, il paziente si trovava in uno di questi intervalli, e la constatazione medica non ha potuto verificare l'intensità del disturbo né le sue vistose conseguenze. Con il progredire dell'età anche lo stato fisico generale peggiora, e anche in occasione di semplici lavori domestici il ricorrente si ritrova, il giorno successivo, a dover ricorrere ad un completo riposo. Tutto ciò non può certo deporre in favore dell'abilità lavorativa del 50% riproposta dall'AI, tanto più che, come detto, una ripresa di tale attività contrasta con la revoca pronunciata dall'autorità amministrativa in conseguenza alle assenze per malattia. (...)" (Doc. _) 1.4. Mediante risposta 14 febbraio 2002 l'UAI chiede la reiezione del gravame, poiché: " (...) Al termine dell'istruttoria che ha fatto seguito al primo annuncio di invalidità l'assicurato, che fra l'altro era stato sottoposto ad una perizia reumatologica, eseguita presso

l'Ospedale _____ nel novembre del 1996 (cf. doc. n. _ inc. AI), è stato giudicato invalido in misura del 55%. Nel mese di ottobre del 2000 il curante dell'assicurato, dottor _____, ha attestato un peggioramento della sintomatologia, con dolori ingravescenti soprattutto a livello degli arti inferiori (cf. doc. n. _ inc. AI). AI fine di accertare l'esistenza dell'asserito peggioramento, l'assicurato è stato sottoposto ad una visita presso il Servizio medico regionale (SMR), eseguita dal dottor _____ nel mese di giugno dello scorso anno (cf. doc. n. _ inc. AI). Questi, esaminato il paziente, nonché la documentazione agli atti, è giunto alla conclusione che il quadro clinico è sovrapponibile a quello accertato nel corso della prima istruttoria, confermando quindi una parziale abilità lavorativa dell'assicurato nell'attività di esercente. Il rapporto stilato dal dottor _____ risulta esauriente e dettagliato. Le ulteriori obiezioni sollevate dal curante sono inoltre state nuovamente vagliate dal SMR, a comprova del fatto che l'istruttoria è stata condotta esaurientemente. Lo scrivente Ufficio poteva quindi a giusto titolo concludere all'inesistenza dei presupposti necessari per fondare una modifica del grado di invalidità. Si rileva inoltre che la disdetta del rapporto di lavoro, contrariamente a quanto sostenuto dal ricorrente, non è elemento atto comprovare un peggioramento del suo stato di salute. Le disposizioni vigenti in materia di esercizi pubblici esigono infatti che il gerente di un locale pubblico presenzi in seno allo stesso a tempo pieno, condizione questa che l'assicurato non era in grado di soddisfare già al momento in cui è stata emanata la prima decisione da parte dello scrivente Ufficio." (Doc. _) in diritto In ordine 2.1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi degli articoli 26 c cpv. 2 della Legge organica giudiziaria civile e penale e 2 cpv. 1 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale delle assicurazioni (cfr. STFA del 18 febbraio 2002 nella causa H., H 335/00; STFA del 4 febbraio 2002 nella causa B., H 212/00; STFA del 29 gennaio 2002 nella causa R. e R., H 220/00; STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304/99; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., I 623/98). Nel merito 2.2. Oggetto del contendere è sapere se l'assicurato, a seguito del peggioramento del suo stato di salute, ha diritto ad una rendita intera. L'art. 4 cpv. 1 LAI definisce l'invalidità, nel senso della legge, come l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi: - un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e - la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (G. Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, pag. 216ss). Va inoltre precisato che, secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, gli assicurati hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 66 2/3 %, a una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50 % o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40 %. 2.3. Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o diminuita in misura corrispondente oppure soppressa (cfr. art. 41 LAI). La revisione avviene d'ufficio o su domanda (cfr. art. 87 cpv. 1 OAI). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante soppriime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in

cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (cfr. art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (cfr. art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 in re St., RCC 1984 pag. 137). La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione secondo l'art. 41 LAI 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 (STFA non pubbl. del 28 giugno 1994 in re P. P. p. 4; RCC 1989 pag. 323, consid. 2a; DTF 113 V 275, consid. 1a; DTF 109 V 116, consid. 3 b; DTF 105 V 30). 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. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto da un punto di vista astratto, ma piuttosto in relazione con l'art. 28 cpv. 1 LAI che prevede l'assegnazione di un quarto di rendita se il grado d'invalidità è di almeno il 40%, una mezza rendita quando il grado d'invalidità è di almeno il 50% e una rendita intera quando l'invalidità raggiunge almeno il 66 2/3%. In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (RCC 1987, pag. 38, consid. 1a; STFA 29 aprile 1991 in causa G.C., Bellinzona, non pubblicata, consid. 4). Per stabilire in concreto se vi è 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. Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 109 V 262; 105 V 30; Valterio, op. Cit. P. 268; Meyer-Blaser, *Rechtssprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurigo 1997, p. 258).

2.4. Nell'evenienza concreta, _____ da anni soffre di forti dolori alle articolazioni ed agli arti, dovuti principalmente a poliartrite urica, sindrome cervico, lombo-vertebrale cronica e periatropatia. In occasione della prima domanda di prestazioni, l'assicurato è stato sottoposto ad una valutazione peritale da parte della Clinica reumatologica dell'_____.

Nel referto 11 febbraio 1997 i periti hanno concluso per una piena incapacità lavorativa nell'attività di gerente e precisato che, dopo esecuzione di una terapia medica adeguata, la capacità lavorativa è da ritenere al 50%. In attività leggere e ripetitive rispecchianti le controindicazioni mediche (sollevamento di pesi fino a 10 chili, sollevamento delle braccia non oltre la testa) l'assicurato è stato valutato abile al 100%. (" Zur Zeit beurteilen wir Herrn _____ in der Tätigkeit als Wirt zu 0% arbeitsfähig, jedoch ist nach entsprechender Therapie mit einer 50%-igen Arbeitfähigkeit zu rechnen. Für jede leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit Einschränkung für das repetitive Lastenerheben über 10 kg und Ueberkopfarbeiten ist der Patient ab sofort zu 100% arbeitsfähig. In Frage kämen Arbeiten im Kleinmontagebereich oder im Rahmen von Ueberwachungsarbeiten ". Doc. AI _ pag. 7). Sulla base di questa perizia, nella delibera 17 marzo 1997, l'amministrazione ha statuito: " Dalla documentazione acquisita all'incarto ed in particolare dal rapporto peritale della Clinica Reumatologica di _____ risulta che l'assicurato presenta una totale

incapacità lavorativa nella precedente professione di esercente a partire dal 1.12.1993. Per contro, altre attività leggere che rispecchiano le controindicazioni mediche (peso max. 10 kg, possibilità di cambiare posizione, lavori da eseguire senza sollevare le braccia oltre l'altezza delle spalle) possono essere svolte a tempo pieno. La capacità di guadagno in queste attività permetterebbe di conseguire fr. 24'150.— annui (valore 1993), i quali confrontati con conseguito prima del danno alla salute (fr. 53'000 nel 1993), determinano un grado d'invalidità del 55%. Dal 1.12.1994 (dopo un anno di attesa) viene quindi concessa una mezza rendita. “ (Doc. AI _). 2.5. Dopo la domanda di revisione del 12 settembre 2000, l'assicurato è stato visitato dal dr. _____, del SMR. Nel dettagliato e completo referto 20 giugno 2001 il menzionato medico ha posto la seguente diagnosi, con e senza influsso sulla capacità lavorativa: " Diagnosi con influsso sulla CL – iperuricemia con anamesi di artrite urica recidivante a livello delle ginocchia, delle caviglie e articolazioni metatarso-prossimale del dito I bilateralmente; - sindrome lombovertebrale su alterazioni statiche e degenerative. Diagnosi senza influsso sulla CL – stato dopo periartrite omero-scapolare incipiente – gonartrosi incipiente – iperlipidemia – stato dopo appendicectomia – stato dopo tonsillectomia” (doc. AI _). Dopo aver esaminato la documentazione medica contenuta agli atti, tra cui la perizia eseguita nel 1997 dalla _____, il dr. _____ ha rilevato quanto segue: " (...) Discussione Trattasi di un assicurato che presenta da anni una artropatia urica recidivante che coinvolge prevalentemente le ginocchia e le caviglie. La sindrome lombovertebrale è attualmente di modica entità. Dagli atti medici, la situazione clinica è sovrapponibile a quella dal 1997. Non presenta segni di infiammazione o di depositi di acido urico, malgrado la lunga evoluzione della malattia. La mobilità articolare non è peggiorata. Il peggioramento risulta essere legato alla frequenza di questi attacchi. Dall'anamnesi possiamo dedurre che questi avvengano sovente con dei minimi eccessi alcolici. La durata di questi episodi è di circa una settimana. Per questi disturbi è consigliata unicamente l'astinenza alcolica assoluta per un lungo periodo ed una dieta alimentare adeguata. La terapia urico-usurica va sicuramente protratta a vita. Per un miglior decorso un'adeguata collaborazione dell'assicurato in questa lunga storia sembra auspicabile. Conclusioni Considerate le sopraccitate considerazioni, si ritiene la situazione clinica attuale non peggiorata globalmente da giustificare un aumento dell'invalidità. Nello stato attuale l'assicurato presenta sempre un grado d'invalidità del 55% nella precedente professione di gerente di esercizio pubblico." (Doc. AI _) Sulla base di questa perizia, l'amministrazione ha quindi confermato la mezza rendita. 2.6. Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (cfr. Ulrich Meyer ■ Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 p. 31; DTF 125 V 352 consid. 3a e riferimenti; Pratique VSI 2001 pag 108 consid. 3a; Pratique VSI 3/1997 pag. 123; STFA del 18 marzo 2002 nella causa M, I 162/01, consid. 2b). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare 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, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 in re O.B. inedita, STFA del 28 novembre 1996 in re G.F. inedita, STFA

24.12.1993 in re S.H. inedita; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189). In DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV Nr. 10, p. 33ss.), la nostra 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; ZAK 1986 p. 188; RAMI 1993 p. 95). Per quel che riguarda il medico di fiducia, infine, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tener conto del fatto che, in dubbio, egli attesta a favore del suo paziente (DTF 125 V 353 consid. 3a)cc), cfr. U. Meyer ■ Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997 p. 230).

2.7. Ritornando al caso in esame, occorre dunque verificare se nel lasso di tempo tra la resa delle decisioni del 1997 e quella impugnata del 29 novembre 2001 vi è stata una modifica delle condizioni cliniche tali da influire sul diritto alla rendita (cfr. consid. 2.3). In tale contesto va ricordato che, per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità delle decisioni impugnate in base alla situazione di fatto e di diritto esistente al momento in cui esse sono state rese, quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a, 112 V 93 consid. 3, 99 V 102). Durante la procedura di revisione, il medico del SMR ha attestato che, rispetto al 1997, dal punto di vista diagnostico la situazione è sostanzialmente rimasta inalterata (“ Dagli atti medici, la situazione clinica è sovrapponibile a quella dal 1997 Non presenta segni di infiammazione o di depositi di acido urico, malgrado la lunga evoluzione della malattia. La mobilità articolare non è peggiorata “ , cfr. doc. AI _) Del resto è lo stesso medico curante a confermare, nella lettera 22 dicembre 2000, all'UAI che “... la diagnosi non è sicuramente cambiata ed il paziente presenta sempre un'artrite urica recidivante ...”, attestando tuttavia che “ ... ripetuti episodi acuti sia a livello delle ginocchia sia della caviglie che non gli permettono di eseguire nessun lavoro leggero”, per cui il paziente “ ha dovuto, infatti, interrompere qualsiasi attività e quale esercente è inabile al lavoro al 100%” (cfr. doc. AI _). Con lettera 7 novembre 2001, il dr. _____ ha inoltre specificato che: “ I due episodi di riacutizzazione della malattia avvenuti, rispettivamente il 10.08.2001 ed il 10.09.2001, hanno comportato un'incapacità lavorativa del 100% per due settimane ciascuna. Ho poi rivisto il paziente il giorno 8.10.2001 con un nuovo episodio acuto e con una nuova incapacità lavorativa di due settimane. Queste crisi non sono dovute a sovraccarico lavorativo, sono degli episodi infiammatori legati alla sua artrite urica recidivante.” (Doc. AI _). È da rilevare che il SMR ha comunque riscontrato questi ripetuti attacchi di artrite, di limitata durata temporale (“ Il peggioramento risulta essere legato alla frequenza di questi attacchi. Dall'anamnesi possiamo dedurre che questi avvengono con dei minimi eccessi alcolici. La durata di questi episodi è circa di una settimana”, doc. AI _). Non solo, in occasione della perizia del 1997 la Clinica _____ aveva già accertato tali attacchi di artrite agli arti inferiori (“ Bezüglich der Gelenkarthritiden treten diese aktuell ein - bis zweimal pro Monat schmerzhafte Schwellungen im Bereich der Knie-OSG oder MTP Gelenke... “, cfr. doc. AI _ pag. 5), i cui dolori, unitamente ai quelli lombari ed alla schiena, sono stati ritenuti credibili (“ Die

vom Patienten geschilderten rezidivierenden Knie-, _____ – und _____ -
Gichtarthritiden beidseits sowie die chronischen lumbale Rückenschmerzen – und
Schulerschmerzen rechts sind glaubhaft”, cfr. doc. AI _ pag. 6). Infine, dalla perizia del
SMR, cui va attribuito valore probatorio pieno (cfr. consid. 2.6), non risultano evidenziate
altre lesioni organiche o aumenti delle limitazioni funzionali a seguito dei ripetuti disturbi
gottosi. Pertanto, a giudizio di questa Corte, è da ritenere dimostrato con la certezza
richiesta nel campo delle assicurazioni sociali (cfr. DTF 121 V 208, 115 V 142) che la
situazione clinica riscontrata durante la procedura di revisione è sovrapponibile a quella
presente nel 1997, in cui l’assicurato è stato ritenuto inabile nell’attività di gerente, ma abile
in attività leggere e ripetitive rispecchianti le controindicazioni mediche indicate nella
perizia 11 febbraio 1997 della _____ (cfr. consid. 2.4). 2.8. L’assicurato ha
sostenuto che a causa del peggioramento del suo stato di salute gli è stata revocata la patente
di esercente, per cui, con effetto 31.12.1999, ha perso il posto di lavoro (cfr. anche
questionario del datore di lavoro, doc. AI _). Come risulta dallo scritto 20 dicembre 1999
della Sezione dei permessi e dell’immigrazione, all’insorgente è stata revocata la patente di
gerente in quanto gli organi preposti hanno accertato che egli è “presente nell’esercizio
pubblico per un numero insufficiente di ore giornaliere e non si occupa dei compiti a lui
attribuiti dalle vigenti disposizioni” (doc. AI _). Infatti, secondo l’art. 82 del Regolamento
d’applicazione della Legge sugli esercizi pubblici del 3 dicembre 1996, il gerente svolge la
propria attività a tempo pieno, in un unico esercizio, in proprio o per conto di un gestore.
Gli artt. 83 e 84 del citato regolamento prevedono delle eccezioni, che non entrano in
considerazione. Come rettamente osservato dall’amministrazione, tale circostanza non
permette di comprovare un peggioramento dello stato di salute. Infatti, già in occasione
della prima decisione l’assicurato non era più in grado di soddisfare il richiesto requisito di
legge. Tuttavia determinante è, come riportato al considerando precedente, che l’assicurato
è da ritenere pienamente abile in attività leggere e ripetitive. Considerato che nel 1997
l’amministrazione ha determinato un’invalidità del 55%, tenendo conto della piena
esigibilità dell’assicurato in attività adeguate (cfr. consid. 2.4), constatata inoltre l’assenza di
un peggioramento dello stato di salute (cfr. consid. 2.7), la mezza rendita d’invalidità deve
essere confermata, come pure la decisione contestata. Ne consegue che il ricorso deve
essere respinto. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1.- Il ricorso è respinto. 2.- Non si
percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. 3.-
Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso di
diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni, Adligenswilerstrasse 24,
6006 Lucerna, entro 30 giorni dalla comunicazione. L’atto di ricorso, in 3 esemplari, deve
indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve
motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà
essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l’ha ricevuta. Per il
Tribunale cantonale delle assicurazioni Il vicepresidente II
segretario Raffaele Guffi Fabio Zocchetti