TI_GERICHTE 32.2011.123 vom 9. März 2011

TI Tribunale d'appello, 2011-03-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.123

FR: TI_GERICHTE 32.2011.123 du 9 mars 2011

IT: TI_GERICHTE 32.2011.123 del 9 marzo 2011

Regeste

Riduzione della rendita. Obbligo generale di ridurre il danno. Presupposti per l'applicazione dell'art. 21 cpv. 4 LPGA. Esigibilità dell'intervento di una protesi all'anca che migliorerebbe la capacità lavorativa

Erwägungen

E. 21

cpv. 4 LPGA, applicabile nell'ambito dell'assicura-zione invalidità (cfr. art. 2 LPGA e 1 cpv. 1 LAI), concretizza l'obbligo generale di ridurre il danno e non ha modificato quanto previsto in precedenza dagli art. 10 cpv. 2 e 31 LAI in vigore fino al 31 dicembre 2002. Vale pertanto la giurisprudenza resa sotto il previgente diritto (STF 9C_581/2010 del 2 settembre 2010 consid. 2 e STF 8C_311/2010 dell'11 agosto 2010 consid. 3, entrambe con riferimenti). In particolare, nella DTF 122 V 218, l'Alta Corte ha stabilito che qualora un assicurato si opponga ad un provvedimento d'integrazione, l'amministrazione può disporre il rifiuto o la soppressione di prestazioni assicurative solo dopo aver diffidato l'interessato e dopo avergli fissato un termine di riflessione. Operazioni chirurgiche sono in linea di principio esigibili per quanto non siano proprie a mettere in pericolo la vita di una persona, ci si possa attendere con grande verosimiglianza la guarigione o comunque un sensibile miglioramento dei disturbi e quindi un incremento dell'abilità lucrativa, se non provocano delle alterazioni (sfiguramento, storpiamento) visibili e se la loro esecuzione non comporta dolori oltre quanto si possa considerare ragionevole (STFA U 384/04 del 12 ottobre 2006, consid. 2.4 e riferimenti). La risposta alla questione riguardante l'esigibilità di un trattamento oppure di un provvedimento di integrazione, dipende dall'insieme delle circostanze personali (STF 8C_128/2007 del 14 gennaio 2008, consid. 3.1 e riferimenti, concernente una fattispecie nella quale la nostra Massima Istanza ha ritenuto esigibile l'intervento di una protesi all'anca). 2.5. Nel caso in esame l'Ufficio AI – sulla base delle annotazioni 20 luglio 2010 nelle quali il dr. _____, medico SMR, dopo aver rilevato: "(…) vedi annotazione medico dr. _____ del 12.7.2007 (IL 100 per ogni tipo di attività) R 100 dal 7.2006 con attuale revisione del 3.2008 Colloquio telefonico odierno con MC Dr. _____: lo stato globale lascia presupporre una patologia psichica da dolore cronico con quadro astenico – depressivo relativo con dispepsie accertate a diversi livelli ORL e gastro con limitati risultati obiettivi. Una valutazione globale è pertanto auspicata ai fini di migliorare non solo la diagnostica ma evt. anche le esigibilità. (…)" , ha concluso che "(…) considerando quanto sopra viene indicata una valutazione plurispecialistica (reuma – psi – gastro/ORL ed evt. ortopedica). Esigibilità lavorativa residuale (date di evt. miglioramenti) con e senza protetizzazione dell'anca. (…)" (doc. AI 61/1) – ha ordinato una perizia presso il Servizio accertamento medico (SAM) (doc. AI 62/1-2). Dalla perizia pluridisciplinare effettuata il 25 ottobre 2010 (doc. AI 65/1-59) risulta che i periti, dopo

aver esposto dettagliatamente l’anamnesi e le constatazioni obiettive, hanno fatto capo a quattro consultazioni specialistiche esterne, di natura psichiatrica (dr. _____), reumatologica (dr. _____), ORL (dr. _____) e gastroenterologia (dr. _____). Viste le risultanze dei singoli consulti e del soggiorno del ricorrente presso il citato centro d’accertamento, i periti hanno posto la seguente diagnosi: " (…) 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: Avanzata coxartrosi a sin. secondaria a necrosi asettica della testa del femore idiopatica, 2005. Sindrome lombospondilogena cronica con/su: - sciatalgia all’arto inferiore ds.; - incipiente discopatia L4-L5 con piccola fessura dell’anulo fibroso; - piccola ernia discale mediolaterale ds. L5-S1; - spondilartrosi L4-L5 e L5-S1. Periartropatia omero scapolare tendinopatia cronica calcificata bilaterale: - senza segni clinici per lesione della cuffia dei rotatori. Nevrosi ipocondriaca (ICD-10 F45.2). Sindrome ansioso mista (ICD-10 F41.3). 5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Epicondilite ulnare e radila e a sin. Gonalgie anteriori croniche di natura indeterminata. Tendenza alla fibromialgia. Sordità bilaterale. Disfagia su nota arteria fusoria. Disturbi dispeptici di probabile eziologia funzionale. Colite ulcerosa idiopatica limitatamente al retro sigma. Ipertensione arteriosa sotto trattamento. Obesità con BMI di circa 32.2 kg/m 2 . Epatopatia. (…)" (doc. AI 65/18-19) Considerati tutti gli atti medici raccolti, dopo un’attenta valutazione, posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell’attuale capacità lavorativa: “(…) l’A. presenta una capacità lavorativa dello 0% come operaio e in altre attività pesanti a mediamente pesanti. (…)” (doc. AI 65/23), il SAM ha concluso: " (…) 8 CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA Dal punto di vista psichiatrico l'A. presenta una capacità lavorativa del 70%. Si consiglia una presa a carico psichiatrica e psicofarmacologica, che potrebbe incidere sulle quote ansiose e sull'ideazione, favorendo una relativizzazione delle preoccupazioni riguardanti lo stato di salute. Dal punto di vista reumatologico l'A. presenta una capacità lavorativa dello 0% come operaio addetto a lavori pesanti a mediamente pesanti, a causa dell'avanzata coxartrosi a sin. e della sindrome lombospondilogena cronica. Dal punto di vista ORL e gastroenterologico l'A. è totalmente abile al lavoro. Globalmente l'A. presenta una capacità lavorativa dello 0% come operaio in lavori pesanti e mediamente pesanti. Non si constata nessun miglioramento rispetto alla decisione dell'Ufficio AI del 18.7.2007 (grado d'invalidità al 100% dall'1.7.2006). L'impianto di una protesi totale all'anca sin. non porterebbe ad un miglioramento della capacità lavorativa in attività pesanti e mediamente pesanti. 9 CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE Dal punto di vista psichiatrico l'A. presenta una capacità lavorativa del 70% in qualsiasi tipo di attività. Dal punto di vista reumatologico l'A. presenta una capacità lavorativa del 50% in un'attività leggera, prevalentemente sedentaria, ma che permetta una certa varietà di posizioni e soprattutto la possibilità di brevi pause al bisogno per alzarsi, sgranchirsi e cambiare posizioni; sono da evitare lunghi spostamenti a piedi e spostamenti ripetitivi particolarmente su terreni accidentati; sono da evitare movimenti eccessivamente ripetitivi di flessione-estensione o rotazione del tronco; si devono rispettare le regole di ergonomia della schiena. Riportiamo in extenso i limiti funzionali descritti dal reumatologo: Risorse fisiche 0% 1-5% 6-33% 34-66% 67-100% = 0 h = fino a = ½ fino a = 3 fino a = ca. 5 ½ ca. 0,5 h scarse 3 h 5¼ h fino a 8 h Sollevare e portare mai di rado talvolta sovente molto esigibile sovente leggero (fino a 9 kg) all'altezza dei fianchi ¨ ¨ ¨ ý ¨ medio (10-25 kg) all'altezza dei fianchi ¨ ý ¨ ¨ ¨ pesante (>

E. 25

aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a, 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 TFA 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, 122 V 161, 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 2003, pag. 453). 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). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall' art. 44 LPGA (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi, in una sentenza pubblicata in DTF 136 V 376 il TF ha specificato che la qualità formale di parte dell'organo esecutivo dell'assicurazione per l'invalidità nella procedura giudiziaria, rispettivamente la sua legittimazione a presentare ricorso in materia di diritto pubblico, non consentono di considerare come atti di parte le prove assunte dall'amministrazione nella precedente fase non contenziosa. Nella sentenza di principio 9C_243/2010 del 28 giugno 2011 pubblicata in DTF 137 V 210 e segg., il TF ha preso posizione sulle critiche alla giurisprudenza federale

relativa al valore probatorio delle perizie dei Servizi di accertamento medico (art. 72 bis cpv. 1 OAI), dal profilo della conformità alla CEDU e alla Costituzione, formulate soprattutto nel parere del Prof. Dr. iur. Jörg Paul Müller e del Dr. iur Johannes Reich dell'11 febbraio 2010. L'Alta Corte è arrivata alla conclusione che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). D'altra parte il TF ha riconosciuto che attraverso tali perizie vengono messe in pericolo in modo latente le garanzie procedurali, visto il potenziale di ricavi dell'attività dei SAM nei confronti dell'assicurazione invalidità e con ciò anche della loro dipendenza economica (consid. 2.4). La nostra Massima Istanza ha perciò ritenuto necessario adottare dei correttivi: a livello amministrativo - assegnazione a caso dei mandati di perizia ai SAM (consid. 3.1), - differenze minime delle tariffe della perizia (consid. 3.2), - miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo (consid. 3.3), - rafforzamento dei diritti di partecipazione: -- in caso di divergenze l'amministrazione deve ordinare la perizia attraverso una decisione incidentale impugnabile davanti al Tribunale cantonale delle assicurazioni o al Tribunale federale amministrativo (consid. 3.4.2.6; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 132 V 93); -- alla persona assicurata spettano precedentemente i diritti di partecipazione alla procedura (ad esempio: quello di esprimersi sui quesiti peritali; consid. 3.4.2.9; cambiamento della giurisprudenza secondo DTF 133 V 446); a livello dell'autorità giudiziaria di prima istanza In caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica (consid. 4.4.1.3 e 4.4.1.4; cambiamento della giurisprudenza secondo DLA 1997 Nr. 18 pag. 85, C 85/95 consid. 5d con riferimenti, sentenza H 355/99 del 11 aprile 2000 consid. 3b), i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità (consid. 4.4.2). Il TF ha inoltre concluso che le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale non perdono di per sé il loro valore probatorio. Piuttosto si dovrà decidere nel contesto dell'esame del singolo caso, alla luce delle sue specifiche caratteristiche e delle critiche sollevate nel ricorso, se il fatto di fondarsi esclusivamente sui mezzi di prova disponibili per prendere la decisione impugnata è o no conforme al diritto federale (consid. 6). (Sul tema vedi STF 8C_426/2011 del 29 settembre 2011, 9C_87/2011 del 1. settembre 2011 e 9C_120/2011 del 25 luglio 2011). Giova qui ricordare che il TFA, in una decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l ' invalidità , 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. (…)" (STFA I 938/05 del 24 agosto 2006, consid. 3.2) Va poi evidenziato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un’opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall’amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, consid. 3.4 e i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Va inoltre 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). Infine va rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni. In DTF 127 V 294 l'Alta Corte ha infatti fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l’esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere 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 inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.7. Nell’evenienza concreta, richiamata la suesposta giurispru-denza in materia di valore probatorio di rapporti medici e in particolare le STF 8C_426/2011 del 29 settembre 2011, 9C_87/2011 del 1. settembre 2011 e 9C_120/2011 del 25 luglio 2011 per quanto riguarda le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono giunti i periti del SAM, i quali hanno compiutamente valutato le differenti affezioni di cui l’assicurato è portatore, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni che stabilisce un’incapacità lavorativa totale nella sua ultima attività di operaio e in altre attività pesanti a mediamente pesanti, una capacità lavorativa in un’attività adeguata rispettosa dei

limiti funzionali posti del 50% (presenza tutto il giorno ma con rendimento ridotto) dal luglio 2007 e del 60% (capacità questa che potrà essere raggiunta dopo il prospettato intervento) a tre mesi dall'intervento di protesi totale all'anca sinistra. La dettagliata ed approfondita valutazioni del SAM non é stata del resto validamente smentita da altri certificati da parte di medici specialisti attestanti nuove patologie. In particolare, evidenziato che "(…) le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra tutti i medici periti del SAM (…)" (doc. AI 65/26), questo Tribunale rileva che i periti hanno considerato sia la circostanza secondo la quale "(…) l'ortopedico gli ha consigliato di curare dapprima la patologia alla schiena (…)" (doc. AI 65/14) che le problematiche alla schiena (descrizione della MRI colonna lombare del 26 aprile 2010 sub doc. AI 65/17). Per il resto, per quanto riguarda la documentazione medica allegata al ricorso va rilevato quanto segue. Il rapporto 21 marzo 2011 del dr. _____ (doc. F) è identico alla seconda pagina del rapporto medico di decorso 7 agosto 2008 (doc. AI 51/1-7) dello stesso medico curante ed è stato considerato dal SAM (vedi l'elenco atti, in particolare il doc. AI 65/5-6). Anche il rapporto 21 maggio 2010 del dr. _____, FMH in neurochirurgia, indirizzato al medico curante (doc. G), figura nell'elenco atti redatti dal dr. _____ (doc. AI 65/7) ed è quindi già stato considerato dai periti del SAM. Al riguardo, il _____, nelle annotazioni 24 febbraio 2011, ha osservato che "(…) si ricorda che questa valutazione presso il SAM è la prima valutazione clinica funzionale globale neutrale e peritale anche di tipo reumatologico effettuata dall'Ass. AI e che comprende non solo la valutazione delle anche ma di tutto l'apparato locomotorio incluso del rachide e non solo (vedi PERIZIA PLURIDISCIPLINARE) (…)" (doc. AI 81/1). 2.8. Dagli atti risulta che, anche se espressamente invitato a farlo, l'assicurato non si è sottoposto ad alcun intervento di protesi totale dell'anca. L'Ufficio AI, contestualmente alla decisione del 23 luglio 2007 (doc. AI 39/1-5), aveva infatti espresso la seguente diffida: " (…) L'assicurato è invitato a prendere contatto con il suo medico curante alfine di sottoporsi in tempo utile (entro il 2007) all'intervento di PTA ed è reso attento già sin d'ora sull'obbligo di mettere in atto tutte le misure terapeutiche possibili, in modo da migliorare il suo stato di salute e di riflesso la capacità lavorativa. Le spese sanitarie che saranno originate da tali cure dovranno essere poste a carico della Cassa malati nell'ambito della LAMal. Nel corso della prossima revisione d'ufficio, l'amministrazione verificherà se sarà stato dato un seguito a quanto imposto, pena le specifiche sanzioni. Qui di seguito vengono esposte le disposizioni federali che regolano tale procedura. La cifra marginale 1048 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità (CIGI), disciplina che, in virtù dell'obbligo di ridurre il danno (obbligo di auto integrazione), la persona assicurata deve adoperarsi spontaneamente, per quanto possibile, a migliorare la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete. In particolare, è tenuta a: - trovare, accettare o conservare ogni attività lucrativa esigibile adeguata alla sua invalidità; - procedere a tutti i cambiamenti possibili ed esigibili nella sua attività lucrativa o nel suo ambito di competenze per sfruttare al meglio la capacità lavorativa residua (per esempio chi prima svolgeva lavori prevalentemente manuali può assumere sempre più compiti amministrativi); -- sottoporsi ad un trattamento terapeutico esigibile se indicato a migliorare la capacità al guadagno in modo da ridurre o sopprimere la rendita (per esempio eliminare i danni alla salute dovuti all'abuso di alcool e nicotina oppure all'obesità; RCC 1984 pag. 359); che i costi del trattamento medico siano assunti o meno dall'AI è irrilevante; - cambiare, se necessario, domicilio se vi sono adeguate possibilità di guadagno (RCC 1983 pag. 246, 1970 pag. 331). A questo punto, l'opponente è reso attento sulle conseguenze sancite dall'art. 21 cpv. 4 LPGA in caso di una

sua mancata collaborazione nell'attuazione della cura medica: " Le prestazioni possono essere temporaneamente o definitivamente ridotte o rifiutate se l'assicurato, nonostante una sollecitazione scritta che indichi le conseguenze giuridiche e un adeguato termine di riflessione, si sottrae, si oppone oppure, entro i limiti di quanto gli può essere chiesto, non si sottopone spontaneamente a una cura o a un provvedimento d'integrazione professionale ragionevolmente esigibile e che promette un notevole miglioramento della capacità di lavoro o una nuova possibilità di guadagno. Non si possono esigere cure e provvedimenti d'integrazione che rappresentano un pericolo per la vita o per la salute." (…)" (doc. AI 39/4) Quanto all'esigibilità dell'intervento di protesi totale all'anca sinistra va qui innanzitutto rilevato che l'indicazione per un tale intervento è stata formulata da più specialisti a diverse riprese. Il dr. _____ FMH in chirurgia ortopedica, nel rapporto 26 ottobre 2006 indirizzato al medico curante, aveva evidenziato che "(…) è dunque iniziata la coxartrosi secondaria, ho dunque rispiegato la situazione attuale e l'evoluzione spontanea della malattia; ho spiegato in cosa consiste un intervento di protesi totale all'anca, con modalità, decorso e rischi di complicazioni (…)" (doc. AI 51/10) Il dr. _____, della _____ – interpellato per un secondo parere in merito alle possibilità terapeutiche –, nel rapporto 13 dicembre 2006 indirizzato al medico curante (doc. AI 30/23-24), aveva concluso che "(…) confermo l'indicazione all'impianto di una PTA malgrado l'adiposità, è probabilmente possibile un approccio mini-invasiva anche a sx eventualmente con l'impianto di una protesi di dimensioni ridotte (tipo Proxima). (…)" (doc. AI 30/24). Il dr. _____, FMH in medicina interna e malattie reumatiche – interpellato per un'ulteriore valutazione specialistica e proposte terapeutiche –, nel rapporto 23 maggio 2007 indirizzato al medico curante (doc. AI 30/21-22), aveva rilevato che "(…) ho spiegato al paziente che non vedo altra soluzione che un intervento di protesi. […] Resta la possibilità di un lavoro più leggero, che si potrà valutare però solo dopo l'intervento dell'anca (…)" (doc. AI 30/22). Anche i periti del SAM, nella perizia pluridisciplinare 25 ottobre 2010 (doc. AI 65/1-59), hanno concluso che "(…) dopo un intervento di cura protetica si può vedere un miglioramento della capacità lavorativa in un lavoro leggero ed adatto, rispettoso dei limiti descritti, nella misura del 60% a circa tre mesi dall'intervento (cioè terminata la riabilitazione). […] A tre mesi dall'intervento di protesi all'anca sin., l'A. potrà raggiungere una capacità lavorativa del 60% in un'attività adatta, rispettosa dei limiti descritti precedentemente (…)" (doc. AI 65/25). In merito al presupposto del notevole miglioramento della capacità di lavoro, proprio nel caso di una protesi all'anca, la nostra Massima Istanza, nella già citata STF 8C_128/2007 del 14 gennaio 2008, ha sviluppato le seguenti considerazioni: " (…) 3.2 Eine Kürzung oder Verweigerung der Leistung ist nach Art. 21 Abs. 4 ATSG sodann davon abhängig, dass die fragliche Massnahme eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit verspricht. Vorausgesetzt wird also, dass die medizinische oder erwerbliche Vorkehr geeignet ist, eine erhebliche Minderung des versicherten Schadens zu bewirken. Der Beschwerdeführer bestreitet das Vorliegen dieses Erfordernisses im Wesentlichen mit der Begründung, wie das Ergebnis der am 31. August 2005 durchgeführten Hüftoperation - in Form von rezidivierenden Hüftluxationen - gezeigt habe, sei damit keine erhebliche Steigerung des Leistungsvermögens erreicht worden. 3.2.1 Die Frage, ob die verweigerte Leistung zu einer Steigerung der Erwerbsfähigkeit beigetragen hätte, wird zuweilen unter dem Aspekt der Zumutbarkeit (so in Art. 18 Abs. 2 MVG), jedenfalls aber als Problem des Kausalzusammenhangs zwischen der Verweigerung und dem Ausbleiben der Zustandsverbesserung behandelt (vgl. Gabriela Riemer-Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Zürich 1999, S. 160 ff.). Die Kausalität muss

notwendigerweise prospektiv und damit hypothetisch beurteilt werden (Meyer-Blaser, a.a.O., S. 84 FN 381 und S. 140 FN 587). Es bedarf keines strikten Beweises, dass die verweigerte Massnahme tatsächlich zum erwarteten Erfolg geführt hätte; es genügt, wenn die Vorkehr mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erfolgreich gewesen wäre. Der erforderliche Grad an Wahrscheinlichkeit ist wiederum unter Berücksichtigung der Schwere des mit der Massnahme verbundenen Eingriffs in Persönlichkeitsrechte zu beurteilen (vgl. oben E 3.1): Bei therapeutischen Massnahmen, welche mit einem nur geringen Eingriff verbunden sind, dürfen an die Wahrscheinlichkeit der zu erwartenden Besserung keine hohen Anforderungen gestellt werden (Jürg Maeschi, Kommentar zum MVG, Bern 2000, N 24 zu Art. 18). Ist der Eingriff erheblich, wird eine höhere Wahrscheinlichkeit, aber nicht ein sicherer Erfolg verlangt. In diesem Sinne schützte das Eidgenössische Versicherungsgericht eine Leistungsverweigerung, nachdem die versicherte Person eine wirbelsäulenorthopädische Operation mit einer Erfolgswahrscheinlichkeit von 70-80 % abgelehnt hatte (Urteil I 462/05 vom 16. August 2006; zum Ganzen: Urteil I 824/06 vom 13. März 2007, E. 3.2.1). 3.2.2 Massgebend ist hinsichtlich der fraglichen operativen Massnahme somit, was der Beschwerdeführer verkennt, eine vorgängige Betrachtungsweise. Diesbezüglich ergeben die medizinischen Akten ein deutliches Bild: Dr. med. T._____ hielt in seinem Gutachten vom 3. Februar 2003 dafür, dass die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten und zumutbaren Tätigkeit nach dem erfolgreichen Einsetzen einer beidseitigen Hüfttotalendoprothese mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit markant gesteigert werden könne. Diese Einschätzung wurde durch die Dres. med. F._____ und A._____ im Rahmen ihres Berichtes vom 9. Februar 2005 bestätigt, indem sie ausführten, mit dem vorgesehenen Eingriff wäre der Patient wohl wieder in der Lage, in einer optimal angepassten Tätigkeit mit regelmässigen Positionswechseln vollzeitlich zu arbeiten. Im Lichte dieser Stellungnahmen durfte die Beschwerdegegnerin den Erfolg der vorgeschlagenen Massnahme, obgleich diese als nicht unerheblicher Eingriff zu werten ist und die Anforderungen an die zu erwartende Erfolgswahrscheinlichkeit deshalb relativ hoch zu stecken waren, - prospektiv betrachtet - als äusserst günstig beurteilen. Auch unter diesem Titel kommen mithin die in Art. 21 Abs. 4 ATSG verankerten Rechtsfolgen zum Tragen, zumal die Operation unbestrittenermassen eine zumutbare Vorkehr darstellt. Der Umstand, dass sich im Anschluss an die Ende August 2005 eingesetzte Hüfttotalendoprothese links wiederholt Luxationen einstellten, vermag daran nach dem Gesagten nichts zu ändern. Namentlich ist der Beschwerdegegnerin, da derartige Komplikationen im Lichte der ärztlichen Angaben nicht von vornherein absehbar waren und überdies, wie vom Beschwerdeführer ausgeführt, offenbar lediglich in 2-8 % der Fälle auftreten, keine Verletzung der Untersuchungsmaxime vorzuwerfen. (…)" (STF 8C_128/2007 del 14 gennaio 2008 , consid. 3.2). Il dr. _____, medico SMR, nelle annotazioni 12 luglio 2007 – avuto riguardo ai rapporti del dr. _____ e del dr. _____ – aveva concluso che “(…) si conferma quindi fino a tuttora una IL 100% per qualsiasi attività (sempre da 7.2005). L’assicura-to è da diffidare di sottoporsi al proposto intervento di PTA in tempo utile (entro il 2007), intervento esigibile e consigliato da diversi specialisti consultati, intervento che porterà pure ad un ricupero almeno parziale della capacità lavorativa in attività confacente (…)” (doc. AI 32/1). Anche i periti del SAM – nonostante una diversa valutazione della capacità lavorativa residua in un’attività adeguata del 50% già dal luglio 2007: “(…) globalmente l’A. presenta una capacità lavorativa del 50% (presenza durante tutto il giorno ma con rendimento ridotto) in un’attività rispettosa dei limiti appena descritti. Questa capacità lavorativa era già sicuramente presente al

momento della delibera dell'Ufficio AI del 18.7.2007 (…)" (doc. AI 65/25) – hanno comunque concluso che, a tre mesi dall'intervento di protesi totale dell'anca, la capacità lavorativa residua in un'attività adeguata aumenterebbe al 60%. Fatto questo – come si vedrà al prossimo considerando – di tutto rilievo visto che in tale evenienza la rendita intera finora erogata va ridotta a mezza rendita e non solo a tre quarti. Va qui inoltre rilevato che, anche se invitato espressamente a prendere posizione in merito alle annotazioni 17 maggio 2011 del dr. _____, l'assicurato è rimasto silente limitandosi a confermarsi, in modo del tutto generico, nelle argomentazioni addotte con il ricorso (cfr. consid. 1.6). 2.9. Per il 2011, anno in cui l'Ufficio AI ha ridotto il diritto a prestazioni, il reddito da valido ammonta a fr. 65'502.80 (fr. 64'149 [reddito da valido stabilito dalla consulente in integrazione professionale per il 2009 sub doc. AI 72A/1] aggiornati al 2011 aumentandoli dello 0.8% per il 2010 e dell'1.3% per i primi tre trimestri del 2011 [cfr. la tab. relativa all'evoluzione dei salari nominali pubblicata sul sito dell'Ufficio federale di statistica] = fr. 65'502.80) . Nel 2011, utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, svolgendo un'at-tività semplice e ripetitiva, livello di qualifica 4, avrebbe potuto realizzare un reddito annuo ipotetico da invalido pari a fr. 62'681.12 (fr. 4'806.-- [ultimo dato disponibile valido per il 2008] aggiornati al 2009 e riportati su 41.7 ore [cfr. tabella B 10.2 e B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 1/2-2011, pag. 94-95] moltiplicati per 12 [ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a] e aggiornati al 2011 aumentandoli dello 0.8% per il 2010 e dell'1.3% per i primi tre trimestri del 2011 [cfr. la tab. relativa all'evoluzione dei salari nominali pubblicata sul sito dell'Ufficio federale di statistica] = fr. 62'681.12) . Applicata la riduzione del 23% riconosciuta dalla consulente in integrazione professionale (doc. AI 72A/1-3), a seconda che si consideri una capacità lavorativa residua in un'attività adeguata del 50% e/o del 60% (come indicato dai periti del SAM la percentuale del 60% corrisponde alla capacità lavorativa residua che si raggiungerebbe terminata la riabilitazione ovvero a circa tre mesi dall'intervento di protesi dell'anca), il reddito ipotetico da invalido ammonta a fr. 24'132.23 (fr. 62'681.12 ridotti del 23% e moltiplicati per 50% = fr. 24'132.23) rispettivamente a fr. 28'958.67 (fr. 62'681.12 ridotti del 23% e moltiplicati per 60% = fr. 28'958.67). Ritenuto il reddito da valido di fr. 65'502.80 e da invalido di fr. 24'132.23 rispettivamente di fr. 28'958.67, si ottiene un grado d'invalidità del 63% ([65'502.80 - 24'132.23] x 100 : 65'502.80 = 63.15% arrotondato al 63% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2), rispettivamente del 58% ([65'502.80 - 28'958.67] x 100 : 65'502.80 = 55.79% arrotondato al 58% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2). 2.10. In simili circostanze, visto tutto quanto precede – segnatamente l'adempimento dei presupposti necessari per l'applica-zione dell'art. 21 cpv. 4 LPGA (cfr. consid. 2.4 e 2.8), la capacità lavorativa residua in un'attività adeguata del 60% se, conformemente all'obbligo di ridurre il danno, l'assicurato si fosse sottoposto all'intervento di protesi totale dell'anca sinistra nei termini di tempo indicati (cfr. consid. 2.7) e ritenuto il grado d'invalidità scaturito dal confronto dei redditi (cfr. consid. 2.9) – è dunque a giusta ragione che l'Ufficio AI, stante un'invalidità del 58%, ha ridotto la prestazione ad una mezza rendita con effetto dal 1. maggio 2011 (cfr. art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI). La decisione impugnata va quindi confermata e conseguentemente il ricorso respinto. 2.11. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'asse-gnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di

procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l’esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente.

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