

TI_GERICHTE 32.2011.2 vom 23. November 2010

TI Tribunale d'appello, 2010-11-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.2

FR: TI_GERICHTE 32.2011.2 du 23 novembre 2010

IT: TI_GERICHTE 32.2011.2 del 23 novembre 2010

Regeste

Soppressione del diritto alla rendita in via di revisione. Conferma perizia SAM. Valutazione economica (mercato equilibrato del lavoro e confronto dei redditi)

Erwägungen

E. 2

È possibile migliorare la capacità di lavoro sul posto di lavoro attuale? No, tenuto conto della natura e dell'entità dei postumi riportati dopo l'evento infortunistico del 31.1.2005 non ritengo possibile un miglioramento della capacità lavorativa sul posto di lavoro attuale. Questo neppure con l'ingaggio di provvedimenti tecnico-ortopedici oppure misure terapeutiche anche cruenti. Un'artrodesi del polso destro, di per sé stesso senz'altro da valutare tenuto conto dell'entità del deficit funzionale antalgico, avrebbe in effetti una ripercussione marginale sull'aspetto specifico dell'esigibilità, l'arto superiore destro potendo ciò malgrado assumere tutt'al più delle funzioni coadiuvanti.

E. 3

L'assicurato è in grado di svolgere altre attività? Il signor RI 1 potrebbe svolgere in misura completa e sull'arco di tutta una giornata delle attività lavorativa leggere (o tutt'al più medio pesanti) che richiedono un ingaggio solo marginale dell'arto superiore sinistro con mansioni coadiuvanti. In relazione con i problemi legati alla spalla destra nessuna attività al di sopra dell'orizzontale, limitazione nell'uso di strumenti, rispettivamente macchinari vibranti o contundenti, nessuna esposizione dell'arto superiore sinistro a degli sforzi con il braccio tenuto scostato dal tronco. Per quanto attiene alla caviglia sinistra da evitarsi gli spostamenti frequenti o prolungati soprattutto su terreni sconnessi, i movimenti frequenti di genuflessione o accovacciamento, l'uso frequente di scale particolarmente in discesa. Delle attività medicalmente esigibili possono venir svolte sull'arco di tutta una giornata con rendimento completo. (...)" (doc. AI 64/5-6) Avuto riguardo all'asserito peggioramento dello stato di salute (cfr. lo scritto della _____ 14 novembre 2007 e l'allegato rapporto 12 novembre 2007 del dr. _____, medico curante e FMH in medicina interna, sub doc. AI 93/1 e 93/2; il rapporto finale 28 febbraio 2008 del consulente in integrazione sub doc. AI 95/1 e i rapporti medici 22 marzo 2008 del dr. _____, capo del servizio di anestesiologia dell'Ospedale Regionale di _____, sub doc. AI 101/1-2; 2 aprile 2008 del dr. _____, FMH chirurgia generale, Spec. chirurgia della mano, sub doc. AI 102/1-6 e 29 aprile 2008 del dr. _____ sub doc. AI 103/1-5), viste le annotazioni 29 luglio 2008 del dr. _____, medico SMR, sub doc. AI 108/1, l'Ufficio AI ha ordinato un perizia a cura del SAM (doc. AI 109/1-2). Dalla perizia bidisciplinare 12 gennaio 2009 (doc. AI 115/1-30) risulta che i periti, dopo aver esposto dettagliatamente l'anamnesi, hanno fatto capo a due consultazioni specialistiche esterne, di natura psichiatrica (dr. _____) e reumatologica (dr. _____). Sulla base delle risultanze

dei singoli consulti e del soggiorno del ricorrente presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto la seguente diagnosi: " (...) 4 DIAGNOSI PSICHIATRICHE
Sindrome disforica persistente (ICD-10 F 34.9) 5 DIAGNOSI REUMATOLOGICHE
Periartropatia omero scapolare a destra in: ● esiti da mobilizzazione chiusa della spalla destra in narcosi, artrolisi e decompressione sottoacromiale artroscopia il 31.12.2005; ● esiti da contusione della spalla destra con lussazione acromeoclaveare destra il 31.1.2005, con successiva riposizione chirurgica. Sindrome algica cronica con deficit funzionale pluridirezionale, di non chiara eziologia, al polso destro in: ● esiti da frattura comminutiva intrarticolare del radio distale e frattura dello stiloide ulnare il 31.1.2005; ● incongruenza articolare radio carpale destra in esiti da osteosintesi; ● pseudoartrosi dello stiloide ulnare; ● esiti da neurolisi di ramo cutaneo dorsale al nervo ulnare destro. Dolori cronici laterali alla caviglia sinistra in: ● esiti da frattura malleolare laterale di tipo Weber B il 31.1.2005, osteosintetizzata. (...)" (doc. AI 115/15) Raccolti gli atti medici, dopo un'attenta valutazione, posta la seguente valutazione complessiva della capacità lavorativa: "(...) l'attuale grado di capacità lavorativa medico-teorico globale dell'A. nell'attività da ultimo esercitata, come panettiere, è considerata nella misura del 25%. (...)" (doc. AI 93/30), i periti hanno concluso: " (...) 7. CONSEGUENZE sulla CAPACITÀ LAVORATIVA
Le patologie reumatologiche descritte nei capitoli precedenti comportano delle limitazioni per quanto riguarda il sollevamento e trasporto di pesi fino all'altezza dei fianchi (soprattutto con il braccio des.); il sollevamento dei pesi sopra l'altezza del petto (soprattutto con il braccio des.), il maneggiare attrezzi (soprattutto con il braccio des.), la rotazione manuale, l'effettuare lavori al di sopra della testa, l'assunzione di certe posizioni e la deambulazione. Ciò comporta un'incapacità lavorativa nella misura dei 3/4 dell'attività di panettiere. Inoltre i deficit funzionali, i farmaci analgesici quotidiani necessitati, non permettono all'A. di guidare un'automobile con la dovuta sicurezza, per cui è inabile alla guida. Nelle mansioni dirigenziali, coordinative, della sua attività come capo-panettiere, l'A. risulta tuttavia abile al lavoro in misura completa. Dal punto di vista psichiatrico, viene diagnosticata una sindrome disforica persistente che comporta un'incapacità lavorativa nella misura del 20%. I fattori responsabili della riduzione della capacità lavorativa dell'A. sono una resistenza ridotta e una diminuzione della reattività psicologica legata all'assunzione di medicinali contro il dolore. Si ritiene che le incapacità lavorative descritte sopra, non debbano essere sommate, in quanto tutte le patologie che causano una limitazione della capacità lavorativa comportano sempre una riduzione del rendimento: la capacità lavorativa globale risulta quindi del 25%. Secondo il consulente reumatologo tale valutazione vale dal giorno dell'infortunio, ossia dal 31.01.2004 (ndr. recte: 31.01.2005).

E. 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) In una sentenza del 14 luglio 2009, (9C_323/2009), pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2 bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. Al riguardo, l'Alta Corte, nella sentenza 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, ha precisato quanto segue: " (...) per il nuovo art. 59 cpv. 2bis LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008 e - almeno in parte - applicabile in concreto, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPG - ad esercitare un'attività lucrativa o a svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. A questo riguardo va ricordato che scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 con riferimenti). (...)" (STF 9C_524/2010 del 27 ottobre 2010, consid. 2) 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, op. cit., ad art. 28a, pag. 353). 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). Va ancora 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). 2.10. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui sono giunti i periti e i medici SMR, i quali hanno compiutamente valutato le differenti affezioni di cui l'assicurato è portatore, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni che conferma un miglioramento della situazione valetudinaria dal 1. giugno 2006, ovvero dopo sei mesi dall'ultimo intervento eseguito il 13 dicembre 2005 presso l'Ospedale di _____ (doc. AI 46/17-18 e 46/19-21). Va qui innanzitutto rilevato che, dopo che il dr. _____, medico SMR, nelle annotazioni 5 luglio 2006 aveva osservato che "(...) dagli atti avuti dall'Ass. _____ è previsto una degenza a loro spese (LAINF) a _____ dove si potrà appurare le conseguenze del sospetto Sudek all'arto superiore destro a livello funzionale e dove si dovrebbe procedere a EFL. A livello puramente medico per il momento lo stato non è stabilizzato in base anche ai documenti del medico curante dr. _____ di primavera 2006 per cui non si può ancora procedere a valutazione definitiva di reintegrazione. Propongo nel frattempo (incidente di gennaio 2005) di giustificare una piena IL per ogni tipo di attività e di procedere a rivalutazione a stato stabilizzato (o almeno dopo la degenza di _____ con la quale ci si potrà esprimere su esigibilità in attività adeguate). (...)" (doc. AI 20/1), dagli atti di causa è emerso: ● il dr. _____, medico curante e FMH in medicina interna – dopo che, nel rapporto 20 gennaio 2006 a lui indirizzato (doc. AI 46/10-11), il dr. _____, FMH in neurologia, aveva concluso che "(...) il deficit motorio distale all'arto superiore ds constatato in fase post-operatoria è praticamente già scomparso, il P. riferisce ancora disturbi di sensibilità a guanto alla mano ds ma l'EMG non mostra segni di compressione nervosa o debervazione in atto nella muscolatura intrinseca della mano. Rimane aperta la possibilità di una sofferenza preoperatoria del plesso brachiale inferiore, in assenza di lesioni alla RM. La prognosi è buona, non mi sembra necessario prevedere altri esami. (...)" (doc. AI 46/11) –, nel rapporto 18 settembre 2006 indirizzato alla Cassa malati, circa l'evoluzione, ha osservato che "(...) attualmente la situazione sta migliorando con le sedute di ergoterapia. Penso che il paziente non necessita più delle cure alla Clinica di _____. (...)" (doc. AI 46/3, la sottolineatura è del redattore); ● il dr. _____, nella perizia 16 maggio 2007 (doc. AI 64/1-6) – osservato che "(...) migliorati i disturbi iperpatrici alle cicatrici del polso destro dopo l'intervento di revisione locale con neurolisi del ramo cutaneo del nervo ulnare, permangono per contro praticamente invariate le importanti limitazioni funzionali pluri-direzionali del polso destro. La natura, rispettivamente la loro origine antalgica trova riscontro nell'evidenza di una mobilità ben conservata all'esame sotto narcosi (vedi referto Ospedale Cantonale di _____ del 7.3.2006). (...)" (doc. AI 64/4) –, ha concluso per una capacità lavorativa "(...) sull'arco di tutta una giornata con rendimento completo (...)" (doc. AI 64/6) in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti; ● il dr. _____, FMH in reumatologia, nel consulto 6 novembre 2008 (doc. AI 115/18-24), ha concluso che "(...) giudico l'assicurato in un'attività che tiene pienamente conto della capacità funzionale e di carico residua, abile al lavoro nella misura del 100%, a decorrere dall'1.6.2006, ossia a distanza di circa 6 mesi dall'ultimo intervento ortopedico eseguito presso la Clinica Ortopedica dell'Ospedale Cantonale di _____ in data 13. 12 2005. (...)" (doc. AI 115/24); ● il dr. _____, FMH in chirurgia, nel rapporto 25 marzo 2009

indirizzato alla Assicurazione _____ (doc. 5/1-7 dell'incarto Lainf), non si è espresso sulla capacità lavorativa e ha evidenziato che "(...) non posso non esprimere una certa perplessità rispetto al riscontro clinico relativo l'ottimo trofismo muscolare dell'arto superiore destro e l'asserita incapacità all'utilizzo dello stesso. (...)'" (doc. 5/7 dell'incarto Lainf); ● il dr. _____, FMH in medicina interna e reumatologia, nel rapporto 13 dicembre 2010 (doc. 8/1-2 dell'incarto Lainf), ha attestato che "(...) die Zumutbarkeitsbeurteilung der IV-Stelle von 80% Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ist versicherungsmedizinisch realistisch und lehnt sich an die erhobenen Befunde im SAM-Gutachten an. [...] Das oben festgestellte Leistungsprofil besteht meines Erachtens seit einem halbe Jahr nach dem operativen Eingriff im Kantonsspital _____ vom 12.12.2005. Somit ist ab Mitte 2006 aufgrund der entsprechenden postoperativen Besserung das festgestellte Leistungsprofil realistisch. (...)'" (doc. 8/2 dell'incarto Lainf). Viste le risultanze mediche suesposte, oltre al miglioramento dello stato valetudinario, questo Tribunale deve fare propria anche la conclusione dei periti del SAM che – avuto riguardo agli effetti della patologia extra somatica – hanno concluso per una capacità lavorativa globale residua dell'80% in un'attività adeguata: "(...) tenendo in considerazione che dal punto di vista psichiatrico vi è un'incapacità lavorativa nella misura del 20% in qualunque attività professionale, si giunge alla conclusione che, in attività adatta la capacità lavorativa globale è da considerare nella misura dell'80%. (...)'" (doc. AI 115/17). Non è poi possibile concludere per un peggioramento dello stato valetudinario anche avuto riguardo alle diverse certificazioni in cui il dr. _____ ha attestato un aumento del dosaggio dell'Oxycontin (cfr. rapporto medico 5 febbraio 2010 sub doc. AI 128/2-4, il certificato 25 agosto 2010 sub doc. C e le lettere 14 settembre e 31 dicembre 2010 indirizzate all'Ufficio AI e all'avv. RA 1 sub doc. AI 143/1 e R/2). Va qui infatti evidenziato che per il solo fatto che una farmacoterapia venga modificata e/o aumentata non si può ancora concludere per un peggioramento dello stato valetudinario con effetti sulla capacità lavorativa. In questo senso il TF, nella STF 9C_870/2010 del 24 gennaio 2011, ha rilevato che "(...) Es trifft zu, dass die Medikation im Laufe der Zeit gesteigert und teils wegen Unverträglichkeit, teils wegen ungenügender Wirkung neu angepasst wurde. Daraus allein kann jedoch nicht auf eine auf objektivierbaren Ursachen beruhende Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Untersuchung durch Dr. med. H. im Mai 2007 und noch weniger auf eine dadurch bedingte (weitere) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geschlossen werden. (...)'" (STF 9C_870/2010 del 24 gennaio 2011, consid. 4.2). Nemmeno è possibile concludere diversamente anche avuto riguardo alla consultazione

E. 8

CONSEGUENZE sulla CAPACITA' D'INTEGRAZIONE L'A. è ritenuto in grado di poter esercitare altre attività. Dal punto di vista reumatologico, per quanto riguarda la capacità funzionale e di carico l'assicurato può di rado sollevare e portare pesi fino a 5 kg fino all'altezza dei fianchi con il braccio destro, molto spesso con il braccio sinistro, mai sollevare pesi oltre 5 kg fino all'altezza dei fianchi con il braccio destro, molto spesso con il braccio sinistro, può talvolta sollevare pesi tra 10-25 kg fino all'altezza dei fianchi con il braccio sinistro, di rado pesi oltre 25 kg fino all'altezza dei fianchi con il braccio sinistro; l'assicurato può mai sollevare pesi fino a 5 kg sopra l'altezza del petto con il braccio destro, molto spesso con il braccio sinistro, può molto spesso sollevare pesi oltrepassanti i 5 kg sopra l'altezza del petto con il braccio sinistro. L'assicurato può di rado maneggiare attrezzi di precisione con la mano destra, molto spesso con la mano sinistra, non può mai

maneggiare attrezzi di media entità con la mano destra, molto spesso con la mano sinistra, non può mai maneggiare attrezzi pesanti con la mano destra, molto spesso con la mano sinistra. La rotazione manuale è esigua a destra, normale a sinistra. L'assicurato può di rado effettuare lavori al di sopra della testa, molto spesso effettuare la rotazione del tronco, molto spesso assumere la posizione seduta ed inclinata in avanti, molto spesso la posizione in piedi ed inclinata in avanti, talvolta assumere la posizione inginocchiata, molto spesso effettuare la flessione delle ginocchia, di rado assumere la posizione accovacciata. L'assicurato può assumere molto spesso la posizione seduta di lunga durata, talvolta la posizione in piedi di lunga durata. L'assicurato può molto spesso camminare fino a 50 metri, molto spesso oltre 50 metri, talvolta camminare per lunghi tragitti, come pure talvolta camminare su terreno accidentato, può spesso salire le scale, mai salire su scale a pioli. I deficit funzionali sopraindicati, i farmaci analgesici quotidiani necessitati, non permettono all'assicurato di guidare un'automobile con la dovuta sicurezza, per cui è inabile alta guida. Dal punto di vista reumatologico si giudica l'assicurato in un'attività che tiene pienamente conto della capacità funzionale e di carico residua sopramenzionata, abile al lavoro nella misura del 100 % con un rendimento massimo del 100 %, a decorrere dall'1.6.2006, ossia a distanza di circa 6 mesi dall'ultimo intervento ortopedico eseguito presso la Clinica Ortopedica dell'Ospedale Cantonale di _____ in data 13.12.2005. Tenendo in considerazione che dal punto di vista psichiatrico vi è un'incapacità lavorativa nella misura del 20% in qualunque attività professionale, si giunge alla conclusione che, in attività adatta la capacità lavorativa globale è da considerare nella misura del 80%. Dal punto di vista psichiatrico, in queste condizioni psicologiche caratterizzate dalla sfiducia non ci sono le premesse necessarie per effettuare con ragionevoli prospettive di realizzazione concreta dei provvedimenti di integrazione professionale. 9. OSSERVAZIONI e DOMANDE PARTICOLARI Domande particolari non sono poste. (...)" (doc. AI 115/16-17) L'Ufficio AI – viste le risultanze peritali, ritenuto il rapporto medico 21 gennaio 2009 del dr. _____ (doc. AI 117/1-2) e considerate le annotazioni 26 maggio e 5 ottobre 2010 (doc. AI 136/1 e 146/1) nelle quali il dr. _____, medico SMR, si è pronunciato sull'asserito nuovo peggioramento valetudinario (cfr. il rapporto 14 dicembre 2009 del consulente in integrazione sub doc. AI 127/1 e i rapporti 5 febbraio e 14 settembre 2010 del dr. _____ sub doc. AI 128/1-4 e 143/1 – con decisione 23 novembre 2010 ha quindi soppresso il diritto alla rendita intera con effetto dal 1. gennaio 2011 (doc. AI 148/1-3).

2.9. 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, 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). 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: "(...)"

E. 12

luglio 2010 nella quale il dr. _____, FMH chirurgia generale, Spec. chirurgia della mano, non ha posto delle diagnosi nuove, non si è espresso sulla capacità lavorativa e ha concluso che "(...) la terapia medicamentosa giunge al suo limite e mi permetto quindi di indirizzarlo per una valutazione della neuro modulazione chirurgica al Prof _____ che ha ottima esperienza in merito. (...)" (doc. AI 143/2). Lo stesso dicasi per i rapporti 4 novembre 2010 del dr. _____ (doc. C), FMH in neurochirurgia e specialista della schiena e del dolore, e 7 febbraio 2011 del dr. _____ (doc. R/1), FMH in anesthesiologia e specialista del dolore, i quali non pongono nuove diagnosi e nemmeno si esprimono sulla capacità lavorativa. Il dr. _____ e il dr. _____, entrambi medici SMR, avuto riguardo alla documentazione medica suenunciata, nelle rispettive annotazioni 26 maggio e 5 ottobre 2010, 10 gennaio e 17 febbraio 2011, hanno osservato: "(...) Non c'è un peggioramento della CL residua dovuto all'aumento della dose di oppiacei per il dolore: dose dichiarata alla perizia SAM (12.01.2009, visita novembre 2009 [ndr. recte: 2008]) 60 mg Oxycontin (e no 20 come dichiarato al CIP) = 10 mg, 3-0-3 dose dichiarata dal medico

curante (05.02.2010) 80, a volte 120 mg Oxycontin (al CIP viene dichiarato 80 mg, dicembre 2009) Nel caso di un oppiaceo usato come analgesico. Da notare: viene dichiarata una incapacità alla guida per l'assunzione dell'analgesico (vedi perizia), nel frattempo l'A., lettera garage all'A. del 30.04.2010, ha chiesto contributo per cambio automatico della sua vettura. (...)" (doc. AI 136/1) " (...) In conclusione lo stato di salute non evidenzia cambiamenti significativi. L'uso del braccio e della mano destra è molto limitato, e questo emerge anche dai limiti funzionali dati dal perito reumatologo, si deve poi aggiungere la presenza di dolori importanti che pregiudicano il rendimento anche in attività che dal punto di vista medico teorico sono esigibili (i periti SAM danno un 20%). (...)" (doc. AI 146/1) " (...) dalla documentazione non risulta una sostanziale modifica dello stato di salute dell'assicurato. L'aumento del dosaggio di Oxycontin non vale come prova d'un peggioramento dello stato di salute dell'assicurato, questo medicamento inoltre porta poco sollievo ed è consigliata la modifica del trattamento (vedi valutazione dr. _____). Un trattamento di 2 x 60 mg di Oxycontin non comporta per se un'inabilità lavorativa dopo un adeguato periodo di adattamento, questo vale anche per l'abilità alla guida. (...)" (V/1) " (...) non posso che confermare le mie indicazioni riportate nella nota del 10.1.2011. Poco congruente è l'indicazione in merito alla capacità di guida. Se l'assunzione di un medicamento non è compatibile con la guida il medico prescrivente deve rendere attento il paziente di questo fatto. Se il paziente guida lo stesso, si tratta di una violazione della legge. (...)" (XII/1) In simili circostanze questo Tribunale, senza che sia necessario esperire ulteriori accertamenti medici, non può dunque che confermare le conclusioni peritali del SAM e dei medici SMR che hanno concluso per un miglioramento dello stato valetudinario e per una capacità lavorativa residua dell'80% in un'attività adeguata. Va qui ricordato 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) 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). 2.11. Accertata dunque, dal punto di vista medico teorico, una residua capacità lavorativa dell'80% in un'attività adeguata, va respinta la censura secondo la quale l'assicurato non sarebbe reintegrabile sul mercato del lavoro supposto in equilibrio (cfr. ricorso pag. 9: "(...) in sostanza, l'assicurato dovrebbe svolgere un'attività che non richieda l'utilizzo della mano destra. Tali attività non sono sicuramente facilmente reperibili, in considerazione anche dell'istoriato dell'assicurato e dell'impossibilità di utilizzare veicoli di sorta per muoversi. Non essendo realistiche le possibilità occupazionali dell'assicurato, allo stesso non può essere quindi imputata una capacità lavorativa residuale in altri ambiti. (...)"). Al riguardo va innanzitutto rilevato 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 ad una 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 appaiano sin dall'inizio escluse o perlomeno non realistiche (DTF 110 V 276 consid. 4b; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b e 1989 pag. 331 consid. 4a; Plädoyer 1995 no. 1 pag. 67 consid. 5c). Va poi ricordato che le difficoltà del mercato del lavoro rappresentano un elemento estraneo all'invalidità. In effetti, secondo dottrina e giurisprudenza, l'assicurato deve compiere ogni sforzo per valorizzare al massimo le sue capacità di guadagno (STFA inedita del 10 settembre 1998 nella causa S.; DTF 123 V 96 consid. 4c; RAMI 1996 U 240 pag. 96; SVR 1995 UV 35 pag. 106 consid. 5b e riferimenti). Se, malgrado tale impegno, un'occupazione confacente all'interessato non è reperibile in concreto, questo è dovuto alla congiuntura del momento, per la quale, considerata la nozione di mercato equilibrato del lavoro, né l'assicurazione per l'invalidità né quella contro gli infortuni sono tenute a rispondere (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b). All'assicurato può essere ragionevolmente chiesto di sfruttare la sua residua capacità lavorativa in quei settori d'attività accessibili a lavoratori non qualificati, con mansioni semplici e ripetitive, che non richiedono una preparazione professionale specifica ma possono essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro ed un breve periodo di rodaggio. Va qui osservato che, sia nell'ambito industriale che nel settore delle prestazioni di servizio, vi sono delle attività che non implicano lavori manuali e/o richiedono l'uso perfetto di ambo gli arti superiori e che non presuppongono particolari attitudini intellettuali e/o una formazione specifica. In particolare, avuto riguardo alle limitazioni dell'arto superiore destro, va qui ricordata la giurisprudenza sviluppata dal TF e dal TCA in fattispecie analoghe riguardanti assicurati con problematiche agli arti superiori. In una sentenza dell'11 settembre 2000 nella causa C.-F., inc. 35.1997.23 – integralmente confermata dal TFA con STFA U 449/00 dell'8 maggio 2002 –, il TCA ha riconosciuto come reintegrabile nel mondo del lavoro (in un'attività adeguata a tempo pieno), un'assicurata che, secondo l'avviso dei medici, presentava una mano sinistra infortunata praticamente inutilizzabile, ad eccezione per delle prese a tre dita senza forza. Il TFA è pervenuto alla medesima conclusione nella STFA U 240/99 del 7 agosto 2001, parzialmente pubblicata in RAMI 2001 U 439, pag. 347, concernente un assicurato che, a causa dei disturbi e dei deficit funzionali all'estremità superiore destra, è stato dichiarato in grado di svolgere lavori manuali molto leggeri, che non richiedono l'impiego di forza con la mano destra, ed il sollevamento di pesi superiori ai 2 kg, (e pertanto ritenuto praticamente monco di una mano). È pure stato dichiarato in grado di esercitare, a tempo pieno e con un rendimento completo, un'attività adeguata, nella quale venga ingaggiata prevalentemente la mano destra in mansioni non gravose per il polso, con la mano controlaterale a svolgere una funzione ausiliaria, un assicurato, cuoco di professione, che soffriva – a livello dell'estremità superiore sinistra – di una sindrome dolorosa e da risparmio cronica con deficit funzionali, in presenza di una lieve artrosi dell'articola-zione radio-ulnare distale, di una modica artrosi dell'articola-zione radio-carpale nonché di una neuropatia del mediano e – a destra – di una leggera sindrome dolorosa e da inattività con una lieve artrosi dell'articolazione radio-ulnare distale, un'incipiente artrosi dell'articolazione radio-carpale ed una lieve neuropatia del mediano (STCA del 3 marzo 2005 nella causa P., inc. n. 35.2004.38). Con STFA I 27/06 e U 18/06 del 24 agosto 2006, il TFA ha dichiarato in grado di svolgere a tempo pieno semplici mansioni di sorveglianza, rispettivamente, di controllo, così come lavori in un chiosco nonché attività ausiliarie nel campo della gastronomia o in un magazzino, un assicurato, nato nel 1948, che soffriva di dolori cronici

alla spalla destra con irradiazione al braccio destro, di un'importante rottura della cuffia dei rotatori a destra (con rottura completa del tendine dei muscoli sovra- e infrascapolare, rottura parziale del tendine sottoscapolare e lussazione del tendine del bicipite), di un'artrosi dell'articolazione acromio-claveare e di una persistente pseudoparalisi del braccio destro (diagnosi differenziale: spalla congelata post-traumatica). In concreto, ritenuta una capacità lavorativa residua dell'80% in un'attività adeguata, questo Tribunale deve concludere che sul mercato generale del lavoro esistono delle attività adeguate che l'assicurato sarebbe in grado di esercitare, nella misura dell'80%, nonostante il danno alla salute. 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 TF 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; VSI 1998 pag. 296 consid. 3b; STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003 consid. 4.7). 2.12. Quanto alla valutazione economica, ricordato che l'invalidità nell'ambito delle assicurazioni sociali svizzere è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b, 110 V 275 consid. 4a), che per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (DTF 129 V 222) – per cui nel caso concreto sono determinanti i dati del 2010 visto che è con effetto da quell'anno che la rendita viene soppressa – e che conformemente ad un principio generale applicabile anche nel diritto delle assicurazioni sociali vale l'obbligo di ridurre il danno (e che 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), valgono le seguenti considerazioni. 2.12.1. Per quel che concerne il reddito da valido, va ricordato che, è decisivo stabilire, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, quanto l'assicurato guadagnerebbe, al momento della nascita del diritto alla rendita, se fosse sano (STFA inedite del 13 giugno 2003 I 475/01 e del 23 maggio 2000 U 243/99; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b con riferimenti, vedi anche RCC 1992 pag. 96 consid. 4a). Il reddito dev'essere fissato il più concretamente possibile. Determinante è dunque il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire tenuto conto delle competenze professionali come pure delle circostanze personali per un prospettato avanzamento professionale (quali la frequentazione di corsi, l'inizio di studi ecc.), nella misura in cui vi sono degli indizi concreti in merito (DTF 96 V 29; ZAK 1985 pag. 635 consid. 3; RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100 consid. 3b). Considerato come di regola bisogna presumere che senza il danno alla salute l'assicurato avrebbe continuato la precedente attività, decisivo risulta di regola l'ultimo guadagno conseguito, adeguato al rincaro ed eventualmente all'usuale crescita dei salari (RKUV 2000 n. U 400 pag. 381 e riferimenti; DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224) o comunque il salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Il Tribunale federale, in una sentenza 8C_290/2007 del 7 luglio 2008 consid. 5.1, ha ribadito che: " (...) 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 no. 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 no. 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). (...) " In concreto dagli atti risulta che nel 2005, considerata la mezza tredicesima riconosciuta nel primo anno di attività e l'indennità notturna di fr. 346.40, quale panettiere presso la panetteria-pasticceria-confetteria _____ di _____, l'assicurato ha conseguito un reddito lordo di fr. 3'992.17 (3'500.-- + 145.77 pari alla mezza tredicesima + 346.40 di indennità notturna = 3'992.17) per dodici mensilità (doc. AI 9/1-6) . Aggiornato al 2010 (fr. 4'137.95 [3'500.-- + 291.55 pari all'intera tredicesima + 346.40 di indennità notturna = 4'137.95] aumentati del 1.2% per il 2006, 1.6% per il 2007, 2.0% per il 2008, 2.1% per il 2009 e 0.9% per i primi tre trimestri 2010; cfr. la tabella B10.2 relativa all'evoluzione dei salari nominali totali, pubblicata in La Vie économique 1/2-2011 pag. 95 e la tab. relativa all'evoluzione dei salari nominali pubblicata sul sito dell'Ufficio federale di statistica e moltiplicato per 12 mensilità) si ottiene un reddito da valido per il 2010 di fr. 53'648.52. 2.12.2. Per quel che concerne il reddito da invalido, in assenza di dati salari ali va ricordato che lo stesso è determinato sulla base della 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") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi 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). Inoltre, va rilevato che, 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. Il TFA 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). L'Alta Corte ha 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 (STF 8C_334/2008 del 26 novembre 2008, consid. 11; SVR 2007 UV nr. 17, STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). Se una persona assicurata, per motivi estranei all'invalidità, ha realizzato un reddito considerevolmente inferiore alla media senza che vi si sia spontaneamente accontentata, si procede in primo luogo a un parallelismo dei due redditi di paragone. In pratica, questo parallelismo può avvenire a livello di reddito da valido aumentando in maniera adeguata il reddito effettivamente conseguito oppure facendo capo ai valori statistici oppure ancora a livello di reddito da invalido mediante una riduzione adeguata del valore statistico. In una seconda fase, occorre esaminare la questione di una

deduzione dal reddito da invalido ottenuto sulla base dei valori medi statistici. A questo riguardo, va tenuto presente che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo dei redditi di raffronto non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali (DTF 134 V 322). Quando il reddito da valido differisce considerevolmente dal salario statistico riconosciuto nello specifico settore economico, il TF ha nel frattempo stabilito, anche in casi ticinesi (cfr. ad esempio sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009 consid. 4), che se il guadagno effettivamente conseguito diverge di almeno il 5 % dal salario statistico usuale nel settore, esso è considerevolmente inferiore alla media ai sensi della DTF 134 V 322 consid. 4 pag. 325 e può giustificare – soddisfatte le ulteriori condizioni – un parallelismo dei redditi di paragone, fermo restando però che questo parallelismo si effettua soltanto per la parte percentuale eccedente la soglia del 5% (DTF 135 V 297 e STF 9C_1033/2008 e 9C_1038/2008 del 15 gennaio 2010 consid. 5.5).

2.12.3. Nel 2010, utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, il ricorrente, svolgendo un'attività semplice e ripetitiva, livello di qualifica 4, avrebbe potuto realizzare un reddito annuo ipotetico da invalido pari a fr. 61'949.07 (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 2010 aumentandoli del 0.9% per i primi tre trimestri 2010 [cfr. la tab. relativa all'evoluzione dei salari nominali pubblicata sul sito dell'Ufficio federale di statistica]). Presso il suo ultimo datore di lavoro, nel 2010, avrebbe percepito un salario di fr. 53'648.52 (cfr. consid. 2.12.1). Questo salario è superiore a quello realizzato, nello stesso anno, in media a livello svizzero dai lavoratori del settore alberghi e ristoranti, settore questo che più si avvicina all'attività abituale dell'assicurato (Tabella TA1 2008, p.to 55, livello di qualifica 4: fr. 3'729.-- aggiornati al 2009 riportati su 42 ore [cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 1/2-2011, settore H alberghi e ristoranti pag. 94] 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 2010 aumentandoli del 0.9% per i primi tre trimestri 2010 [cfr. la tab. relativa all'evoluzione dei salari nominali pubblicata sul sito dell'Ufficio federale di statistica] = fr. 48'451.25). Nel caso in esame non sono perciò realizzati i presupposti per ridurre il reddito statistico da invalido conformemente alla succitata giurisprudenza federale. Ritenuta una capacità lavorativa dell'80% in un'attività adeguata e applicata la riduzione del 13% riconosciuta dal consulente in integrazione (8% per attività leggera e 5% per altri fattori; cfr. doc. AI 140/6-7) il reddito ipotetico da invalido ammonta a fr. 43'116.55 (fr. 61'949.07 x 80% ridotti del 13% = fr. 43'116.55).

2.12.4. Ritenuti un reddito da valido di fr 53'648.52 (cfr. consid. 2.12.1) e da invalido di fr. 43'116.55 (cfr. consid. 2.12.3) si ottiene un grado d'invalidità del 20% ($[53'648.52 - 43'116.55] \times 100 : 53'648.52 = 19.63\%$ arrotondato al 20% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2) che non dà diritto ad alcuna rendita d'invalidità (cfr. consid. 2.4).

2.13. In simili circostanze, visto il miglioramento della situazione valetudinaria e considerate le risultanze economiche, è dunque a ragione che l'Ufficio AI ha soppresso il diritto alla rendita in via di revisione con effetto dal 1. gennaio 2010 (art. 17 LPGA e 88bis cpv. 2 lett. a OAI). La decisione impugnata va pertanto confermata e il ricorso respinto.

2.14. Con la resa della presente sentenza la domanda di ripristino dell'effetto sospensivo diviene priva di oggetto (STF 8C_311/2010 dell'11 agosto 2010, consid. 6 con riferimenti).

2.15. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio

2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza e il rifiuto dell'assistenza giudiziaria (come si vedrà al prossimo considerando), le spese per fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente. 2.16. L'assicurato ha formulato istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio. Ai sensi dell'art. 61 cpv. 1 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 cpv. 1 lett. f LPGA mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Schulthess 2009, ad art. 61, n. 102, pag. 788). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., ad art. 61, n. dal 104 al 108, pag. 788-789) – sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno (cfr. anche art. 3 Lag), se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato (cfr. anche art. 14 cpv. 2 Lag) e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (cfr. anche art. 14 cpv. 1 Lag; DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti). Nella presente fattispecie non risulta soddisfatto il requisito della probabilità di esito favorevole (STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, I 446/00 dell'8 febbraio 2001; DTF 119 Ia 253 consid. 3b). Tale presupposto difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (RAMI 1994 pag. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b, 119 Ia 251). Per valutare, in sede ricorsuale, la probabilità di esito favorevole è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere accolto che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (STFA K 75/05 del 9 agosto 2005, I 173/04 del 10 agosto 2005; DTF 125 II 275, 124 I 304 consid. 2c). Inoltre, quando le prospettive di successo e i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole (DTF 125 II 275, 124 I 304 consid. 2c, 122 I 267 consid. 2b). La presente vertenza doveva apparire, dopo un esame forzatamente sommario, destinata all'insuccesso già al momento della presentazione del ricorso, in quanto le prospettive di esito favorevole erano considerevolmente minori dei rischi di perdere la causa. In effetti, come esposto ai considerandi precedenti, all'assicurato, viste le chiare risultanze delle perizie ordinate dall'amministrazione e delle valutazioni dei medici SMR, e a maggiore ragione in quanto patrocinato, non poteva sfuggire che una diversa valutazione del suo stato valetudinario e/o un peggioramento dello stesso dovevano essere debitamente comprovati. In questo senso il semplice insistere del dr. _____, anche dopo che il medico SMR lo aveva escluso (cfr. doc. AI 136/1), che l'aumento della farmacoterapia aveva portato ad un peggioramento, e le attestazioni dei dr. i _____, _____ e _____, che non hanno contestato le valutazioni mediche e nemmeno si sono espressi sulla capacità lavorativa, non potevano evidentemente bastare. In simili condizioni, non essendo realizzato nel caso in esame uno dei tre presupposti cumulativi, la

domanda di assistenza giudiziaria deve pertanto essere respinta.

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