

TI_GERICHTE 32.2006.172 vom 17. Juli 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-07-17, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2006.172

FR: TI_GERICHTE 32.2006.172 du 17 juillet 2007

IT: TI_GERICHTE 32.2006.172 del 17 luglio 2007

Regeste

Rendita, revisione, costante miglioramento. Revoca della rendita AI. Esami specialistici. Nonostante una ricaduta il miglioramento é duraturo (3 anni). Revoca della rendita confermata.

Erwägungen

E. 3

anni (circostanza sottolineata) e l'assenza di terapia medicamentosa, ne ha concluso per la capacità lavorativa di un minimo 50% se non maggiore nella sua professione di venditrice. Il dott. _____ ha concluso osservando come la malattia, di origine sconosciuta, cronica potrebbe presentare delle recidive con rischio di neoplasie intestinali. In merito a tale perizia il dott. _____ dell'Ufficio AI ha evidenziato come il dott. _____ non abbia posto limitazioni o impedimenti all'esercizio dell'attività lavorativa quale venditrice. Ha comunque proposto la richiesta di un chiarimento al professionista. L'11 luglio 2006 il gastroenterologo, medico aggiunto all'Ospedale _____ di _____, ha risposto a precisi quesiti di chiarimento precisando che la vita della ricorrente è normale da 3 anni e svolge la sua attività di casalinga. Senza potersi pronunciare sul tasso di rendita precedente attualmente la paziente dovrebbe essere in grado di presentare una capacità lavorativa medico teorica del 100%, con riserva di modifica in caso di possibili peggioramenti secondo il tipo di stress al quale i pazienti sono sottoposti. Il medico non ha indicato limitazioni oggettive alla ripresa di una attività quale venditrice ed ha confermato che la malattia è adesso in fase di remissione completa e non dovrebbe dunque incapacitare la paziente in qualsiasi attività. Le valutazioni sono state ulteriormente ribadite nelle conclusioni del complemento peritale (doc. 16). Il 20 luglio è stato preannunciato alla signora RI 1 la decisione di soppressione della rendita cui l'assicurata si è opposta indicando, senza comunque apportare certificazioni in questo senso, di seguire la c.d. cura Dibella ciò che le darebbe un certo equilibrio della malattia. L'assicurata ha concluso per una rendita del 50% anche per la difficoltà nel reperire un lavoro, elemento questo del tutto influente nella valutazione che incombe all'amministrazione interessata. Il 13 settembre 2006 è pervenuto all'UAI un certificato medico della gastroenterologa curante da cui si desume che la malattia di cui è affetta la ricorrente è di natura infiammatoria e presenta un decorso abbastanza favorevole con lunghi periodi di remissione e possibili futuri attacchi. Contrariamente a quanto accertato nell'anamnesi del dott. _____ e senza avere visto la paziente per anni (cfr. doc. 8 2) la curante (che ha svolto a maggio 2006 una colonoscopia che ha rilevato una persistente colite istologica) ha indicato comunque che la paziente accusa sovente diarrea e momenti di incontinenza fecale proponendo una rendita del 50%. Interpellato il dott. _____ del SMR ha evidenziato assenza di attività infiammatoria, con alvo

regolare come rammentato dal dott. _____, e come la colonoscopia della dott. _____ abbia unicamente evidenziato una persistente colite istologica, quindi alterazioni recepbili unicamente al microscopio senza reperti infiammatori. Alla luce dell'insieme degli accertamenti l'amministrazione ha confermato la soppressione della rendita. Contro la decisione, come indicato, la signora RI 1 si è aggravata al Tribunale Cantonale delle Assicurazioni. Nelle more della procedura sono stati prodotti nuovi certificati medici in particolare relativi ad un momento successivo alla decisione amministrativa impugnata. In particolare il certificato 13 dicembre 2006 del dott. _____, gastroenterologo di _____, laconico indicante solo genericamente l'affezione e l'impossibilità di svolgere attività lavorativa dal 24.11.2006 ed un ulteriore certificato del dott. _____, indicante una recidiva moderata media della malattia attestata anche dal laboratorio. In una lettera esplicativa del dott. _____ all'avvocata patrocinatrice della ricorrente il medico indica di avere visto la prima volta la paziente il 24 novembre 2006 ma, a posteriori, di potere accertare che la recidiva non si sviluppa improvvisamente da un giorno all'altro ed era già presente almeno da qualche mese. Per il dott. _____ l'inabilità lavorativa sarebbe data dal settembre 2006. Questa novità, in se tardiva (lo scritto è del 20 febbraio 2007) è stata sottoposta all'amministrazione che l'ha contestata per mano del dott. _____. Da notare poi come la colonoscopia eseguita nel maggio 2006 dalla curante gastroenterologa dott. _____ non dava segno alcuno di infiammazione cui neppure il certificato medico della professionista, precedente curante della ricorrente, certificato che risale al 7 settembre 2006, fa stato. Sempre in proposito della lettera del febbraio 2007 del dott. _____ da evidenziare ancora che la colonoscopia da questi eseguita risale all'11 dicembre 2006 e che, come rammenta il dott. _____ del SMR è solamente documentata da 11.2006 la nuova inabilità lavorativa. A ragione, come si vedrà ancora in corso di motivazione, il dott. _____ si è fondato su indicazioni anamnestiche.

Nel caso concreto agli atti sono stati raccolti sufficienti e chiarificanti elementi per il giudizio che incombe a questo Tribunale, da un lato la valutazione del dott. _____, con il successivo complemento, quindi le valutazioni della dott. _____ e del dott. _____, nonché le prese di posizione del dott. _____. La situazione che emerge dall'incarto appare sufficientemente chiara, anche grazie alle valutazioni del curante dott. _____, senza che sia necessario operare una valutazione peritale. L'anamnesi agli atti, sia personale che medica, della ricorrente è più che completa. La diagnosi della patologia e le conseguenze di tale patologia appaiono elementi chiariti oltre misura. La possibilità di sviluppi della malattia con momenti infiammatori è accertata come pure chiarito è il fatto che RI 1 abbia vissuto per almeno 3 anni senza il benché minimo disturbo (sintomo) della malattia. Gli atti medici permettono di chiarire come sino all'emanazione della decisione l'assicurata potesse svolgere piena attività lavorativa. Un rapporto peritale non potrebbe portare nuovi elementi di valutazione.

E. 27

cpv. 1 OAI (cfr. art. 27 cpv. 2 OAI nelle versioni in vigore sino al 31 dicembre 2002 rispettivamente dal 1. gennaio al 31 dicembre 2003), precisa: " Per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono in particolare gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità. Per mansioni consuete dei religiosi s'intende ogni attività svolta dalla comunità." Al proposito va precisato che si paragona l'attività svolta dall'assicurato prima

della sopravvenienza del danno alla salute con quella che può svolgere posteriormente, applicando l'impegno che si può esigere da lui (RCC 1984 p. 139; Duc, *Les assurances sociales en Suisse*, 1995, p. 458; Maurer, *Bundessozialversicherungsrecht*, 1994, p. 145). Di regola si presume che non vi è impedimento dovuto all'invalidità se l'assicurato è ancora attivo nella sua economia domestica e segue, almeno parzialmente, le incombenze che lo concernono. Questa presunzione può tuttavia essere rovesciata se è stabilito che la persona lavora più di quanto è ragionevolmente esigibile oppure fa eseguire da altri la maggior parte dei lavori che non può eseguire personalmente (RCC 1984 p. 139; Valterio, op. cit., p. 211). L'importanza dell'attività della persona che si occupa dell'economia domestica dipende dalla struttura familiare, dalla situazione professionale del congiunto e dalle circostanze locali. Si distinguono quindi tre tipi di famiglia, quella senza figli, quella con figli o altri membri della famiglia che richiedono cure o quella in cui un coniuge collabora nell'impresa dell'altro.

6. 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 ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPGA). La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità o di grande invalidità o dell'assistenza dovuta all'invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi, o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità, della grande invalidità o dell'assistenza dovuta all'invalidità (art. 87 cpv. 2 OAI). Invece, se è stata inoltrata domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o di grande invalidità o il volume dell'assistenza dovuta all'invalidità è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 3 OAI). Infine, prescrive l'art. 87 cpv. 4 OAI che, ove la rendita o l'assegno per grandi invalidi siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto in quanto siano soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 3.

Se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o l'assistenza dovuta all'invalidità si riduce, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). A proposito dell'art. 88a OAI il Tribunale Federale, in una sentenza I 581/02 del 21 ottobre 2003 ha precisato che: " L'art. 88a RAI a été introduit par le ch. I de l'ordonnance du 29 novembre 1976, en vigueur depuis le 1er janvier 1977. Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période (première phrase). Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (deuxième phrase). La révision du RAI par l'ordonnance précitée du Conseil fédéral du 29 novembre 1976 a fait l'objet d'un commentaire de l'OFAS, paru à la RCC 1977 p. 7 s. En ce qui concerne l'art. 88a (nouveau) RAI, il en ressort ce qui suit (RCC 1977 p. 26) : Les prescriptions valables jusqu'ici ne précisaient pas d'une manière vraiment satisfaisante ce qui advient du délai d'attente lorsqu'une modification des droits de l'assuré entre en ligne de compte par suite d'un changement survenu dans la situation

personnelle. Selon ces prescriptions, il fallait appliquer ici par analogie, conformément à la jurisprudence du TFA, les mêmes règles que celles de l'article 29 LAI qui concernent la naissance du droit à la rente (immédiate, en cas de modification durable; dans les autres cas, après 360 jours d'incapacité de travail). Afin d'assurer une application du droit aussi uniforme que possible, on a réglementé la question dans le RAI. Les principes énoncés ici s'inspirent de la jurisprudence du TFA; on indique clairement que les modifications qui seront durables, selon toute vraisemblance, doivent être prises en considération immédiatement, au plus tard au bout de 3 mois. D'autre part, les diminutions du revenu sont prises en considération aussi au bout de 3 mois et non pas seulement après 4 à 6 mois. La règle énoncée à l'art. 88a RAI par la nouvelle du 29 novembre 1976 ne sort pas du cadre de la loi et elle est propre à garantir que le droit à la rente sera fixé de manière équitable et en tenant compte des circonstances telles qu'elles se présentent effectivement. Selon la pratique suivie jusque-là, il fallait, dans les affections évoluant par poussées où l'on voyait souvent se succéder à des brefs intervalles des périodes de capacité de travail et d'incapacité totale ou partielle, se fonder, pour évaluer l'invalidité en cas de révision, sur la variante II de l'art. 29 al. 1 LAI, en considérant la diminution de la capacité de travail pendant une durée assez longue (deux ans). On évitait ainsi de devoir réduire ou supprimer la rente uniquement parce que l'empêchement de travailler (qui est important, considéré à long terme) était interrompu par de brèves périodes où la capacité de travail ou de gain s'était améliorée; l'assuré aurait pu alors être exclu indéfiniment du bénéfice de la rente parce que les diverses poussées de la maladie entravant sa capacité de travail duraient régulièrement moins de 360 jours. Avec la règle énoncée à l'art. 88a RAI, la possibilité subsiste, voire s'est accrue de réduire ou de supprimer la rente pour cause d'amélioration passagère de la capacité de travail. Cette disposition est aussi applicable en cas d'affection évoluant par poussées, si l'amélioration de la capacité de travail a duré trois mois, sans interruption notable (ATF 104 V 147 consid. 2). Lorsque l'invalidité a diminué dans une mesure suffisante pour influencer le droit à la rente, celui-ci doit être supprimé ou réduit avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable; en revanche, on attendra trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (RCC 1984 p. 138 consid. 3)." Se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete peggiora oppure se la grande invalidità si aggrava o l'assistenza dovuta all'invalidità aumenta, occorre tenere conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'articolo 29 bis è applicabile per analogia (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137). 7. La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (STFA non pubbl. 28 giugno 1994 in re P. P. p. 4; RCC 1989 p. 323; DTF 113 V 275, 109 V 116, 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. 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 p. 38, 1985 p. 336; STFA 29 aprile 1991 nella causa G.C.). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione. Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 , 109 V 262, 105 V 30; Valterio, op. cit., p. 268; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 1997, p. 258). 8. Va ulteriormente evidenziato qui come il giudice delle assicurazioni sociali deve considerare lo stato di fatto esistente al momento della decisione impugnata. La giurisprudenza ha sancito questo principio, ribadendolo, in particolare nella sentenza citata dall'amministrazione DTF 122 V pag. 362 (366) cons. 1 b: " Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 248 consid. 1a et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4)." La giurisprudenza è stata ribadita da ultimo, sommariamente, nella sentenza 13 aprile 2007 (P 10/06) del Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1 gennaio 2007 Tribunale Federale). Si veda anche DTF 131 V 215 c. 3.1.1. pag. 220). 9. Nella fattispecie in esame l'assicurata, oggi appena cinquantenne, in Svizzera dal 1974, madre di due figli nati nel 1991 e nel 1993, il cui marito è pure al beneficio di una rendita invalidità, già domiciliata a _____ ed affetta da una colite ulcerosa diagnosticata nel 1995 – 1996, è stata posta al beneficio di una rendita AI piena (la richiesta risale al 13 maggio 1998) non oggetto di modifica a fronte della revisione del 2001. Nel corso del 2005 l'amministrazione ha dato avvio ad ulteriore procedura di revisione della rendita. Mediante formulario (doc. 7) rientrato il 7 ottobre 2005 l'assicurata ha indicato invariato il suo stato di salute, di essere sempre senza attività lavorativa, di non avere mai più lavorato dalla concessione della rendita e di non svolgere attività accessoria. Il medico curante dott. _____ ha, dal canto suo, ribadito la diagnosi di colite ulcerosa ed ha indicato l'esistenza di altre pregresse patologie comunque senza incidenza sulla capacità lavorativa. Il curante ha definito lo stato di salute dell'assicurata come "suscettibile di miglioramento", la malattia in fase di "remissione, sta bene" con paziente "asintomatica al momento" presentando soltanto una "sensibilità alla fossa iliaca sinistra". La ricorrente non ha neppure consultato lo specialista gastroenterologo dall'ottobre 2000 (doc. 8 – 2). Già il dott. _____ ha limitato la diminuzione del rendimento nel 50% e come la signora RI 1 possa svolgere attività leggere quale venditrice, commessa, eseguire pulizie a ore sostanzialmente a metà tempo. Il medico curante ha conclusivamente indicato di non essere in grado "di sancire con certezza un possibile aumento della capacità lavorativa" suggerendo "una valutazione SAM di Bellinzona". Nell'ambito della precedente procedura di revisione del 2001 il curante si era invece espresso in termini diversi (si veda il resoconto nel doc. 10 – 3). Con scritto 15 febbraio 2006 la signora RI 1 è stata avvisata della necessità di un accertamento medico per il quale è stato dato incarico al dott. _____ dell'Ospedale _____ di _____, FMH gastroenterologia. Il professionista ha steso il suo rapporto il 23 maggio 2006 ed ha in particolare evidenziato di avere visitato la paziente il 14 marzo 2006, il suo rapporto recepisce in maniera completa l'anamnesi personale e medica della signora RI 1 (così come deducibile nella sua completezza dagli atti dell'UAI e della _____ che ha concesso la rendita nel 1997). L'esperto ha evidenziato

come l'anamnesi recente, contrariamente al passato, non presenta diarree sanguinolente, anemia e stato infiammatorio, ma la signora presenta un "alvo regolare" e non ha più osservato sanguinamenti, da 3 anni non ha più assunto nessuna terapia mentre in passato assumeva steroidi per via orale e locale durante 6 – 7 anni. In sostanza la ricorrente "si sente bene, non ha diarrea, assenza di sangue e svolge una vita normale", solo ogni tanto presenterebbe dispepsia e dolori a livello dei reni. Il dott. _____, all'esame clinico, ha reperito parametri nella normalità e, per l'apparato qui d'interesse, a livello addominale ha recepito "rumori ... normali nel primo pomeriggio. La palpazione addominale non provoca dolori. Non si sentono anomalie, tipo massa patologica" con il rilievo che gli esami di laboratorio appaiono normali. L'esperto incaricato ha concluso che la signora RI 1 non presenta nessun segno della malattia da almeno 3 anni (circostanza sottolineata) e l'assenza di terapia medicamentosa, ne ha concluso per la capacità lavorativa di "un minimo 50% se non maggiore nella sua professione di venditrice". Il dott. _____ ha concluso osservando come la malattia, di origine sconosciuta, cronica potrebbe presentare delle recidive con rischio di neoplasie intestinali. In merito a tale perizia il dott. _____ dell'Ufficio AI ha evidenziato come il dott. _____ non abbia posto limitazioni o impedimenti all'esercizio dell'attività lavorativa quale venditrice. Ha comunque proposto la richiesta di un chiarimento al professionista. L'11 luglio 2006 il gastroenterologo, medico aggiunto all'Ospedale _____ di _____, ha risposto a precisi quesiti di chiarimento precisando che la vita della ricorrente è normale da 3 anni e svolge la sua attività di casalinga. Senza potersi pronunciare sul tasso di rendita precedente "attualmente la paziente dovrebbe essere in grado di presentare una capacità lavorative medico – teorica del 100%", con riserva di modifica in caso di possibili peggioramenti "secondo il tipo di stress al quale i pazienti sono sottoposti". Il medico non ha indicato limitazioni oggettive alla ripresa di una attività quale venditrice ed ha confermato che la malattia "è adesso in fase di remissione completa e non dovrebbe dunque incapacitare la paziente in qualsiasi attività". Le valutazioni sono state ulteriormente ribadite nelle conclusioni del complemento peritale (doc. 16). Il 20 luglio è stato preannunciato alla signora RI 1 la decisione di soppressione della rendita cui l'assicurata si è opposta indicando, senza comunque apportare certificazioni in questo senso, di seguire la c.d. cura Dibella ciò che le darebbe "un certo equilibrio della ... malattia". L'assicurata ha concluso per una rendita del 50% anche per la difficoltà nel reperire un lavoro, elemento questo del tutto ininfluenza nella valutazione che incombe all'amministrazione interessata. Il 13 settembre 2006 è pervenuto all'UAI un certificato medico della gastroenterologa curante da cui si desume che la malattia di cui è affetta la ricorrente è di natura infiammatoria e presenta un decorso "abbastanza favorevole con lunghi periodi di remissione" e possibili "futuri attacchi". Contrariamente a quanto accertato nell'anamnesi del dott. _____ e senza avere visto la paziente per anni (cfr. doc. 8 – 2) la curante (che ha svolto a maggio 2006 una colonoscopia che ha rilevato una "persistente colite istologica") ha indicato comunque che la paziente accusa sovente diarrea e momenti di "incontinenza fecale" proponendo una rendita del 50%. Interpellato il dott. _____ del SMR ha evidenziato assenza di attività infiammatoria, con alvo regolare come rammentato dal dott. _____, e come la colonoscopia della dott. _____ abbia unicamente evidenziato una persistente colite istologica, quindi alterazioni recepitabili unicamente al microscopio senza reperti infiammatori. Alla luce dell'insieme degli accertamenti l'amministrazione ha confermato la soppressione della rendita. Contro la decisione, come indicato, la signora RI 1 si è aggravata al Tribunale Cantonale delle Assicurazioni. Nelle more della procedura sono stati prodotti

nuovi certificati medici in particolare relativi ad un momento successivo alla decisione amministrativa impugnata. In particolare il certificato 13 dicembre 2006 del dott. _____, gastroenterologo di _____, laconico indicante solo genericamente l'affezione e l'impossibilità di svolgere attività lavorativa "dal 24.11.2006" ed un ulteriore certificato del dott. _____, indicante una recidiva moderata – media della malattia attestata anche dal laboratorio. In una lettera esplicativa del dott. _____ all'avvocata patrocinatrice della ricorrente il medico indica di avere visto la prima volta la paziente il 24 novembre 2006 ma, a posteriori, di potere accertare che la recidiva "non si sviluppa improvvisamente da un giorno all'altro ed era già presente almeno da qualche mese". Per il dott. _____ l'inabilità lavorativa sarebbe data dal settembre 2006. Questa novità, in se tardiva (lo scritto è del 20 febbraio 2007) è stata sottoposta all'amministrazione che l'ha contestata per mano del dott. _____. Da notare poi come la colonoscopia eseguita nel maggio 2006 dalla curante gastroenterologa dott. _____ non dava segno alcuno di infiammazione cui neppure il certificato medico della professionista, precedente curante della ricorrente, certificato che risale al 7 settembre 2006, fa stato. Sempre in proposito della lettera del febbraio 2007 del dott. _____ da evidenziare ancora che la colonoscopia da questi eseguita risale all'11 dicembre 2006 e che, come rammenta il dott. _____ del SMR "è solamente documentata da 11.2006" la nuova inabilità lavorativa. A ragione, come si vedrà ancora in corso di motivazione, il dott. _____ si è fondato su indicazioni anamnestiche. 10. Come ampiamente noto alle parti siccome costante giurisprudenza del Tribunale Federale delle Assicurazioni (dal 1 gennaio 2007 TF) 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 (STFA 26 agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, consid. 5; STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 352, 122 V 160; Meyer■Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, p. 31; DTF 125 V 352 ; Pratique VSI 2001 p. 108, 1997 p. 123; STFA 18 marzo 2002 nella causa M., I 162/01). 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, 122 V 161, 104 V 212; STFA 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. 22 maggio 1995 in re A. C; cfr. anche DTF 123 V 178; Pratique VSI 2001 p. 110). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). In DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV 10, pp. 33ss.), il TF 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 (DTF 125 V 352). 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 (DTF 125 V 354). Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 p. 188; RAMI 1993 p. 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 p. 109; STFA 26 agosto 2004 nella causa G.C., I 355/03). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il 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 (STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 e S., U 330/01; DTF 125 V 353; Pratique VSI 2001 p. 109; MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungs-recht, 1997, p. 230). 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 (STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 e S., U 330/01).

11. Nel caso di specie l'amministrazione, nell'ambito della procedura di revisione della rendita attribuita alla ricorrente, ha ottenuto in primis dal medico curante attestazioni che lasciavano chiaramente presagire una sensibile, sostanziale e durevole modifica delle condizioni di salute dell'assicurata. Come evidenziato nelle considerazioni che precedono il dott. _____ ha egli stesso sollecitato l'allestimento di una perizia che l'UAI ha affidato al dott. _____, esperto riconosciuto, medico aggiunto all'Ospedale _____ di _____, del tutto estraneo alla ricorrente. Le conclusioni del perito appaiono decisamente chiare e precise, soprattutto per quanto attiene al complemento di informazioni. La signora RI 1 negli ultimi 3 anni non ha presentato sostanzialmente il minimo segno della patologia di cui è affetta. Non solo, il professionista ha indicato come la stessa viva normalmente e presenti una capacità lavorativa non limitata. Il dott. _____ ha riconosciuto che la malattia può manifestare degli stati infiammatori ed è soggetta a peggioramenti "secondo il tipo di stress al quale i pazienti possono essere sottoposti" (tra questi certamente anche quello di una procedura amministrativa ed una causa giudiziaria come quella qui in discussione, con le tensioni che ne derivano per la possibile perdita della rendita). Il professionista ha visitato la signora, ne ha recepito l'anamnesi ed il resoconto della malattia spontaneo e non interessato dalla procedura di contestazione finito nella procedura giudiziaria (la controversia è nata solo successivamente con l'UAI). La palpazione e l'esame fisico del dott. _____ sono stati illuminanti e chiari. D'altra parte questi accertamenti non sono stati smentiti dagli accertamenti oggettivi eseguiti dalla prima curante della signora RI 1 che ha eseguito nel maggio 2006, dopo un paio di mesi dalla visita del dott. _____, una colonoscopia attestante la presenza a livello microscopico (colite istologica, vedi precisazioni del dott. _____, doc. 23) della malattia. La dott. _____ ha attestato comunque il dire della ricorrente, a distanza di

tempo dalla visita _____, secondo cui vi sarebbero state delle scariche di diarrea ed incontinenza fecale. Il certificato del dott. _____ appare, con la sua completezza, chiaro coerente, preciso, approfondito e pienamente credibile siccome del tutto disinteressato. In quel momento e certamente anche nel corso del mese di maggio al momento della colonoscopia – e successivamente come si vedrà in corso di motivazione – la ricorrente non presentava i sintomi della malattia, la sua capacità lavorativa, a non averne dubbio, era piena e totale nella sua precedente attività così come è stato in maniera costante nel corso dei 3 anni precedenti. 12. Il certificato del 24 novembre 2006 del dott. _____ non è indubbiamente tale da smentire minimamente tale accertamento fattuale. Il dott. _____ ha visitato la signora unicamente il 24 novembre 2006, quando la procedura giudiziaria era già in corso, ed ha indicato una recidiva della malattia (senza precisazione alcuna) precisando poi l'invalidità lavorativa dell'assicurata. Il medico non ha specificato se ha constatato personalmente (ed in che modo) la recidiva o se ha fatto solo riferimento al dire della signora RI 1. La scelta della ricorrente di far capo ad un nuovo gastroenterologo senza più ricorrere ai servizi della dott. _____ non sono stati precisati alla Corte, certamente si dà atto di una recidiva (“fase di attività moderata importante”) accertata nel dicembre 2006 dal nuovo curante e confermata dal Centro Citologico. Ciò che appare incomprensibile è che, se davvero la recidiva – tema qui in discussione – era già in essere nel corso del mese di settembre (come indicato dal dott. _____ in una lettera alla patrocinatrice della ricorrente), la signora RI 1 abbia atteso sino agli inizi di dicembre 2006 per farsi visitare dal dott. _____ invece di recarsi da un altro gastroenterologo con maggiore disponibilità rispettivamente di ottenere nuovamente una prestazione da parte della precedente curante, cognita della sua situazione da tempo (anche se per numerosi anni, ossia come attestato dalla stessa assicurata al dott. _____ il 6 ottobre 2005, dall'ottobre 2000 non aveva reso visita alla specialista). Questa situazione non appare significativa quindi di un grave o comunque di una “moderata – importante” fase di attività già nel corso del mese di settembre. Non solo. Come indicato in precedenza e come correttamente evidenziato dai medici dell'amministrazione lo scritto del dott. _____ alla patrocinatrice della ricorrente (20 febbraio 2007) non permette di ritenere che questi abbia da un lato accertato lo sviluppo di uno stato infiammatorio nel settembre 2006 poiché in quell'epoca non conosceva la signora, la nuova invalidità lavorativa è accertata unicamente dal 24 novembre 2006, e la lettera del dott. _____ non porta alcuna giustificazione scientifica precisa in merito a tale datazione. Nessun esame specifico e nessuna valutazione medica se non una laconica frase secondo cui – alla luce degli esami svolti – “la recidiva riscontrata ... non si sviluppa da un giorno all'altro” circostanza lapalissiana certamente ma non sufficiente ed attestata solo nel febbraio 2007 all'avvocato rappresentante dopo avere preso in cura la ricorrente a partire dal 24 novembre 2006. A ragione il dott. _____ ha ritenuto tale valutazione frutto del dire anamnestico della paziente (nello scritto 20 febbraio 2007 gli esami cui fa riferimento il gastroenterologo dott. _____ sono avvenuti l'11 dicembre 2006 ed hanno solo permesso al professionista – parole sue – di accertare che tale status non si sviluppa dall'oggi al domani, ma non di determinare con certezza lo sviluppo a partire dal settembre 2006. Alla luce della verosimiglianza preponderante che deve guidare il giudice delle assicurazioni sociali nella sua valutazione, alla luce dell'insieme delle circostanze, dell'esame del dott. _____, della colonoscopia della dott. _____ del maggio 2006, del certificato della stessa del settembre 2006, nonché della valutazione del dott. _____ appare che la malattia non possa essersi aggravata nel corso del mese di

settembre 2006 ma certamente, e nella misura accertata dagli esami citologici, in epoca successiva all'emanazione della decisione impugnata. Ne fa ulteriore fede l'assenza di visita specialistica dettagliata da parte di un gastroenterologo in tale periodo se non per l'ottenimento dell'attestazione redatta dall'allora curante il 7 settembre 2006. La circostanza è ulteriormente rafforzata dall'assenza di attestazioni mediche tra inizio settembre e fine novembre 2006 quanto invece, se presente da tempo lo stato infiammatorio, l'assicurata avrebbe dovuto ricorrere a medici e medicinali in maniera significativa. Non solo. Una ricaduta in uno stadio infiammatorio della malattia, e ciò a distanza di 3 anni dalla sostanziale completa remissione della malattia ed a oltre 5 anni dalla visita della propria specialista curante, non costituisce elemento per ritenere una nuova incapacità lavorativa duratura. Come indicato in precedenza, di principio il giudice delle assicurazioni sociali deve attenersi allo stato di fatto esistente al momento dell'emanazione della decisione impugnata. Quanto segue questi momenti deve solo in via eccezionale essere considerato. Certo, come indicato in precedenza, occorre verificare che il miglioramento della capacità di conseguire un guadagno o di svolgere le mansioni consuete deve essere supposto duraturo. In concreto si è visto che la patologia di cui è affetta la ricorrente e presente a livello microscopico, come ricordato dalla dott. _____ dopo la endoscopia di maggio 2006, non ha dato il minimo problema per 3 anni. Si ripete che per oltre un lustro la ricorrente non ha reso visita alla sua specialista di fiducia. Tale lungo lasso di tempo è significativo di un costante miglioramento ed uno stato di benessere sostanziale (verificato dal medico curante dott. _____ e dal gastroenterologo dott. _____). Questo sostanziale stato di fatto non è mutato e non subisce modifiche sostanziali nel suo perdurare per una ricaduta come quella accertata nel corso del mese di dicembre 2006 dal dott. _____. Dopo un significativamente lungo periodo di assenza dei sintomi della malattia una riacutizzazione non muta sostanzialmente la situazione di miglioramento costantemente verificato (e presente da almeno 3 anni) che non viene seriamente messo in discussione. Dagli atti emerge che gli stati stressanti per la paziente possono causare gli stati infiammatori, tra i motivi di tensione va annoverata la controversia con l'UAI a proposito della rendita. Come anche ritenuto dal TF nella sentenza I 582/03 del 21 ottobre 2003, una semplice ricaduta non permette di rimettere in discussione il carattere duraturo del miglioramento costatato dall'esperto. Nel caso di specie non occorre operare una valutazione ritenendo gli ulteriori sviluppi del caso clinico della ricorrente, come accennato tutti gli esperti in maniera concorde hanno indicato che la malattia potrebbe presentare stati infiammatori con peggioramenti come d'altra parte miglioramenti anche molto significativi: il dott. _____ ha attestato una vita assolutamente normale senza sintomi della malattia per 3 anni da parte dell'assicurata che, sempre come rilevato dal perito incaricato, avrebbe potuto impiegare le sue forze per svolgere un lavoro e conseguire un guadagno in quel periodo. Alla luce delle considerazioni che precedono al momento dell'emanazione della decisione impugnata la ricorrente era portatrice della malattia certamente ma in maniera asintomatica e comunque non soffriva in modo tale da essere impedita al lavoro. La signora RI 1 era quindi pienamente capace, in quel periodo, di esercitare la sua precedente attività di venditrice e ciò al 100% così come ritenuto nella decisione impugnata. 13. Nei suoi scritti al Tribunale (doc. IX eXIII del 27 dicembre 2006 e 26 febbraio 2007) la patrocinatrice della ricorrente chiede l'erezione di una perizia giudiziaria intesa a definire lo stato di salute della ricorrente rispettivamente il grado di incapacità al lavoro. Come noto siccome ripetutamente indicato nelle sentenze di questo Tribunale Cantonale delle Assicurazioni, conformemente alla costante giurisprudenza,

qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Nel caso concreto agli atti sono stati raccolti sufficienti e chiarificanti elementi per il giudizio che incombe a questo Tribunale, da un lato la valutazione del dott. _____, con il successivo complemento, quindi le valutazioni della dott. _____ e del dott. _____, nonché le prese di posizione del dott. _____. La situazione che emerge dall'incarto appare sufficientemente chiara, anche grazie alle valutazioni del curante dott. _____, senza che sia necessario operare una valutazione peritale. L'anamnesi agli atti, sia personale che medica, della ricorrente è più che completa. La diagnosi della patologia e le conseguenze di tale patologia appaiono elementi chiariti oltre misura. La possibilità di sviluppi della malattia con momenti infiammatori è accertata come pure chiarito è il fatto che RI 1 abbia vissuto per almeno 3 anni senza il benché minimo disturbo (sintomo) della malattia. Gli atti medici permettono di chiarire come sino all'emanazione della decisione l'assicurata potesse svolgere piena attività lavorativa. Un rapporto peritale non potrebbe portare nuovi elementi di valutazione. 14. In una frase nella parte bassa della prima pagina della lettera 27 dicembre 2006 la patrocinatrice indica come la ricorrente si trovi in "difficile situazione economica" e chiede di conseguenza che "venga messa a beneficio dell'assistenza giudiziaria e del gratuito patrocinio". La ricorrente precisa di avere beneficiato unicamente della disoccupazione (CHF 1'500.--) successivamente alla decisione impugnata. In precedenza la rendita a lei riconosciuta ammontava invece, per quanto reperibile dagli atti, a CHF 1720.-- (doc. 20). Nella sua richiesta, che non appare altrimenti motivata, la ricorrente non indica i cespiti d'entrata della famiglia, non precisa l'esistenza di spese (quali), non precisa meglio i motivi delle difficoltà economiche, non segnala l'esistenza di un sussidio per far fronte alla Cassa malati. La tassazione 2001 – 2002 agli atti precisa un reddito lordo di CHF 59'196.— e la signora RI 1 non dice se vi sia stata diminuzione di tali redditi od aumento ed eventualmente in quale misura. L'istanza è redatta da un avvocato e la necessità di produrre l'usuale certificato è nota ai legali attivi nel Cantone. La domanda sarebbe di per sé irricevibile. In effetti se è vero che al Tribunale incombe la necessità di accertare i fatti v'è d'altro canto l'obbligo da parte dell'assicurato di collaborare a tale accertamento. Qui l'assicurata è ricorsa ai servizi di un legale cui la necessità di fornire al TCA la documentazione necessaria non sfuggiva come detto. Il Giudice delegato, subentrato ad inizio luglio 2007 nella trattazione della procedura in luogo del vice Presidente del Tribunale Cantonale delle Assicurazioni, ha comunque chiesto alla patrocinatrice di volere fornire in brevi tempi i documenti necessari. La patrocinatrice ha prodotto una serie di documenti (doc. XVIII) accennando al persistere di una disoccupazione (ma versando il conteggio per il mese di gennaio 2007!), indicando una separazione, senza produrre documentazione aggiornata, producendo la sua polizza assicurativa malattia ed attestazioni

relative all'onere per l'alloggio, il tutto in maniera non chiara. La documentazione mostra versamenti importanti in favore del figlio (_____, 1993) da parte delle prestazioni complementari. Nulla è indicato per l'altro figliolo. La polizza d'assicurazione malattia della ricorrente (datata 20 ottobre 2006) indica (come pure il doc. E2) un premio di CHF 367.50 (doc. E4). Un accertamento presso l'UAM (comunicato dal giudice delegato alla patrocinatrice della ricorrente e comunque ininfluenza nel merito del giudizio sull'assistenza giudiziaria) ha permesso di stabilire l'esistenza di un sussidio in favore della qui ricorrente. A prescindere dalla sua ricevibilità la richiesta di assistenza giudiziaria non poteva comunque essere recepita in difetto dei requisiti necessari. Come indicato nelle considerazioni che precedono il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore la Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA; RS 830.1), che ha portato alcune modifiche legislative anche in ambito AI. Per l'art. 61 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 cui rimando era esplicitamente previsto dall'art. 69 cpv. 1 vLAI, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. 1 LPGA mantiene il principio secondo cui 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 consid. 1b; Kieser, op. cit., art. 61 N. 86 p. 626). Le condizioni cumulative per la concessione dell'assistenza giudiziaria rimangono invariate rispetto al vecchio diritto e sono le seguenti (Kieser, op. cit., art. 61 N. 88s; cfr. anche DTF 108 V 269, 103 V 47, 98 V 117; ZBL 94/1993 p. 517): a) il richiedente deve trovarsi nel bisogno (cfr. anche art. 3 della Legge cantonale sul patrocinio e sull'assistenza giudiziaria, Lag, entrata in vigore il 26 luglio 2002). L'istante va considerato indigente quando non è in grado di assumere le spese legate alla difesa dei suoi interessi, senza intaccare il minimo indispensabile al suo mantenimento e a quello della sua famiglia (SVR 1998 UV Nr. 11 consid. 4a; DTF 119 Ia 11ss., 103 Ia 100). Per determinare se ciò è il caso vanno presi in considerazione i redditi del richiedente e delle persone che hanno un obbligo di mantenimento nei suoi confronti (DTF 115 V 195; Cocchi-Trezzini, Codice di procedura civile ticinese, 2a edizione, Lugano 2000, N. 20 ad art. 155, p. 479). L'obbligo dello Stato di accordare l'assistenza giudiziaria è in effetti sussidiario all'obbligo di mantenimento derivante dal diritto di famiglia (DTF 119 Ia 11ss.). Non entrano invece in linea di conto le risorse finanziarie di parenti cui l'interessato potrebbe far capo a norma dell'art. 328 e 329 CC (Cocchi-Trezzini, op. cit., N. 20 ad art. 155, p. 479 e giurisprudenza ivi citata). Non è determinante che l'indigenza sia stata cagionata da colpa propria (Haefliger, *Alle Schweizer sind vor dem Gesetz gleich*, p. 165). Il limite per ammettere uno stato di bisogno ai sensi delle disposizioni sull'assistenza giudiziaria è superiore al minimo di esistenza determinato ai fini del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b, 7c). L'indigenza processuale è data ove il richiedente non disponga di più mezzi di quelli necessari per il mantenimento normale e modesto della famiglia. In una sentenza pubblicata in DTF 124 I 1ss. il TF ha precisato che una richiesta di assistenza giudiziaria non può essere respinta unicamente sostenendo che l'istante non è indigente, in quanto può permettersi i costi e la manutenzione di un'automobile. Secondo l'Alta Corte federale il richiedente deve piuttosto - indipendentemente dal modo in cui utilizza le sue risorse finanziarie - essere considerato indigente, se in base alla sua situazione finanziaria non è in grado di sopperire al suo

minimo esistenziale; in questo calcolo non devono essere naturalmente computate le spese non inerenti al suo fabbisogno esistenziale. L'attestato municipale sullo stato di indigenza ha per il giudice soltanto valore indicativo (Cocchi-Trezzini, op. cit., N. 10 ad art. 156 p. 490). Nella commisurazione della capacità patrimoniale del richiedente va considerata anche l'eventuale sostanza e non unicamente i redditi conseguiti. Secondo il TFA infatti si tiene conto dell'intera situazione economica della famiglia (STFA non pubbl. succitata p. 4, consid. 2 e giurisprudenza ivi citata). La sostanza deve tuttavia essere disponibile al momento della litispendenza del processo o per lo meno a partire dal momento in cui è presentata l'istanza e non solo alla fine della procedura (DTF 118 Ia 369ss). Generalmente dal punto di vista temporale lo stato di bisogno dell'istante va determinato secondo la situazione esistente al momento della decisione (SVR 1998 UV Nr. 11 consid. 4a). L'assistenza giudiziaria può essere tuttavia concessa anche con effetto retroattivo nella misura in cui i presupposti sono adempiuti (SVR 2000 UV Nr. 3; cfr. anche STCA 12 marzo 2001 non pubblicata nella causa R.G., inc. 31.1998.50). Secondo la giurisprudenza del TFA, infine, la decisione di concessione dell'assistenza giudiziaria può essere modificata o revocata. Trattandosi di una decisione processuale ("prozessleitender Entscheid"), non passa infatti in giudicato materiale, ma solo formale. La modifica può avvenire anche con effetto retroattivo (SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b). b) l'intervento dell'avvocato dev'essere necessario o perlomeno indicato (cfr. anche art. 14 cpv. 2 Lag). Il TF ha stabilito che la necessità dell'intervento di un avvocato è data nella misura in cui le questioni controverse non sono di facile soluzione e la parte oppure il suo rappresentante civile non posseggono conoscenze giuridiche (DTF 119 Ia 265/6). c) il processo non deve essere palesemente privo di esito favorevole (cfr. anche art. 14 cpv. 1 Lag). Il requisito della probabilità di esito favorevole difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona ragionevole e di condizione agiata rinunciarebbe al processo in considerazione delle spese a cui si esporrebbe (DTF 119 Ia 251; Cocchi-Trezzini, op. cit., N. 1 ad art. 157 p. 491). A tal proposito si osserva che per valutare la probabilità di esito favorevole non si deve adottare un criterio particolarmente severo: è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere ammesso che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (STFA non pubbl. del 29 giugno 1994 nella causa A.D.). Nella sentenza 21 ottobre 2004 in re Avv. Dr. X. il TF ha ribadito che non disattende gli art. 29 cpv. 3 Cost. e 6 n. 3 lett. c CEDU il rifiuto del beneficio dell'assistenza giudiziaria opposto ad una persona indigente se la sua causa sembra priva di probabilità di successo. Compito del patrocinatore è quello di informare adeguatamente la persona assistita sui rischi della causa (TF 2A.561/2004). L'alta Corte federale ha ulteriormente ribadito questi concetti nella sentenza DTF 124 I 304 e nella sentenza 5P 346/2006 del 12 ottobre 2006 dove ha ritenuto: " Als aussichtslos sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung Prozessbegehren anzusehen, bei denen die Gewinnaussichten beträchtlich geringer sind als die Verlustgefahren und die deshalb kaum als ernsthaft bezeichnet werden können. Dagegen gilt ein Begehren nicht als aussichtslos, wenn sich Gewinnaussichten und Verlustgefahren ungefähr die Waage halten oder jene nur wenig geringer sind als diese. Massgebend ist, ob eine Partei, die über die nötigen Mittel verfügt, sich bei vernünftiger Überlegung zu einem Prozess entschliessen würde; eine Partei soll einen Prozess, den sie auf eigene Rechnung und Gefahr nicht führen würde, nicht deshalb anstrengen können, weil er sie nichts kostet." ed ancora: " Die Prozesschancen sind in vorläufiger und summarischer Prüfung des Prozessstoffes abzuschätzen, wobei es im

Rechtsmittelverfahren um die Erfolgsaussichten des Rechtsbehelfs geht (Haefliger, Alle Schweizer sind vor dem Gesetze gleich, Bern 1985, S. 167 f. Ziffer 6). Die Frage lautet, ob das Rechtsmittel offenbar prozessual unzulässig oder aussichtslos ist (BGE 60 I 179 E. 1 S. 182 ; 78 I 193 E. 2 S. 195). Dass der angefochtene Entscheid oder das vorinstanzliche Verfahren an einem Mangel leidet, genügt für die Bejahung der Erfolgsaussichten nicht; entscheidend ist allein, ob das Rechtsmittel voraussichtlich gutgeheissen werden muss (vgl. Poudret/Sandoz-Monod, Commentaire de la loi fédérale d'organisation judiciaire, V, Bern 1992, N. 5 zu Art. 152 OG, S. 123)." 15. Ebene nel caso concreto tema del contendere é l'accertamento delle condizioni di salute della ricorrente e quindi la determinazione della sua capacità di conseguire un reddito lavorativo. Il tema è stato certamente ben compreso dalla signora RI 1 tanto che lei stessa ha gestito in maniera certamente adeguata i contatti con l'amministrazione nella fase di revisione del diritto a prestazioni AI ed i primi atti di procedura giudiziaria. E' dell'assicurata il ricorso, sua è la richiesta di proroga del termine per le nuove prove adducendo la necessità di contatto con il dott. _____, ancora suo lo scritto 13 dicembre 2006 con cui vengono prodotti nuovi mezzi di prova e si anticipa la produzione di ulteriore attestazione medica. Come rilevabile dalla procura agli atti la signora RI 1 ha conferito il mandato di rappresentarla alla propria patrocinatrice solo il 21 dicembre 2006 e quindi a procedura ormai avviata da tempo. Il mandato svolto della sua avvocata si è limitato, per quanto desumibile dagli atti, a raccogliere l'annunciato rapporto del dott. _____ e produrlo, con la richiesta di eventuale perizia medica (circostanza questa che il Tribunale Cantonale delle Assicurazioni deve valutare autonomamente alla luce dell'accertamento dei fatti che gli incombe) ed alla produzione di ulteriore scritto del dott. _____ commentandolo. Alla luce della fattispecie, visto inoltre come l'assicurata ha gestito il caso, il patrocinio non appariva necessario e neppure indicato. La questione controversa ed il tema giuridico sottostante, come indicato, non era di difficile comprensione per l'assicurata, che anzi ne ha ben inteso la portata, e – pur essendo connessa a questione medica (comunque vissuta personalmente dalla ricorrente ed alla stessa nota) – è stata gestita senza difficoltà e senza necessariamente ricorrere al sussidio di un patrocinatore. La domanda di assistenza giudiziaria sarebbe quindi stata da rigettare anche nel merito se ricevibile. 16. Alla luce di quanto precede il gravame va respinto. 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. In concreto si giustifica il carico delle spese, fissate in CHF 200.--, alla ricorrente.

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