

## **TI\_GERICHTE 32.2007.156 vom 3. April 2007**

TI Tribunale d'appello, 2007-04-03, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2007.156](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2007.156)

FR: TI\_GERICHTE 32.2007.156 du 3 avril 2007

IT: TI\_GERICHTE 32.2007.156 del 3 aprile 2007

### **Regeste**

Decisione con cui l'UAI, in sede di revisione, ha soppresso il diritto a prestazioni non è corretta: alla luce della perizia giudiziaria, l'assicurata è inabile al 60% in qualsiasi attività, compresa la sua precedente di impiegata d'ufficio, ciò che le dà diritto a 3/4 di rendita a partire dal 1.4.2006

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

LPGA). La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modificazione importante del grado d'invalidità o di grande 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 modificazione del grado d'invalidità o della grande 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 d'incapacità dell'invalido a provvedere a se stesso 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 sé stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto in quanto siano soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 3. Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137). La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 130 V 349; STFA non pubbl. 28 giugno 1994 nella causa P. P.; 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 (DTF 130 V 351; RCC 1987 pag. 38, consid. 1a; STFA 29 aprile 1991 in causa G.C., Bellinzona, non pubblicata, consid. 4). Per stabilire in concreto se vi è motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione. Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid.

## **E. 2**

sindrome somatoforme non specificata (F45.9) (i dolori cefalici e i sintomi vegetativi non soddisfano i criteri diagnostici né di un disturbo di somatizzazione né di una sindrome somatoforme da dolore persistente, mi sembrano però rivestire un carattere e un'importanza tale da non consentire di ritenerli soltanto manifestazioni ansiose o depressive, nel senso di una "depressione mascherata", anche se queste componenti certamente concorrono alla loro genesi), sulla base di 3. personalità con tratti anancastici, che non mi sembra raggiungere la gravità del disturbo di personalità anancastico (F60.5), cfr. doc. XXIX pag. 38-39). Infatti, i periti giudiziari hanno compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurata sulla base di accertamenti approfonditi e completi, giungendo a conclusioni logiche e motivate in merito alla capacità di lavoro complessiva dell'interessata, tenuto conto sia delle problematiche neurologiche, sia di quelle psichiatriche, attentamente e approfonditamente valutate dal dr. \_\_\_\_\_ e dal dr. \_\_\_\_\_. Il dr. \_\_\_\_\_, dopo discussione interdisciplinare con il dr. \_\_\_\_\_ e tenuto conto dell'insieme delle patologie, psichiatriche e neurologiche, ha valutato la ricorrente inabile al lavoro nella misura del 60% in qualsiasi attività (doc. pag. 41). Queste conclusioni dei periti giudiziari - alle quali deve essere attribuita, secondo la giurisprudenza citata in precedenza (cfr. consid. 2.9.), forza probatoria piena, in quanto approfondite, complete e motivate - non possono, a mente del TCA, essere contraddette dalle critiche sollevate da parte del SMR. Queste contestazioni non possono essere condivise dal TCA, anche alla luce delle successive dettagliate e motivate prese di posizione sull'argomento da parte del dr. \_\_\_\_\_ e del dr. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. XXXVII/1 e XXXVII/2). I medici del SMR hanno criticato, da una parte, la perizia psichiatrica del dr. \_\_\_\_\_ - che a loro avviso non fornisce elementi sufficienti (come il funzionamento sociale e familiare e la presenza di una perdita dell'integrazione sociale) per valutare l'influenza della sindrome somatoforme sulla capacità lavorativa - e, dall'altra, il cumulo dei gradi di incapacità lavorativa dal profilo neurologico e psichiatrico operato dal dr. \_\_\_\_\_, nonostante il dr. \_\_\_\_\_, nel suo referto peritale, abbia espressamente indicato che la percentuale di inabilità lavorativa dal punto di vista psichiatrico non è cumulabile con quella dovuta a patologie fisiche (doc. XXXII/bis). Su questa seconda censura, il TCA sottolinea che, come correttamente indicato dal dr. \_\_\_\_\_ nella sua presa di posizione del 26 febbraio 2009, nel referto peritale del 22 dicembre 2008, il perito neurologo aveva già spiegato i motivi per i quali le cefalee siano da ritenere "da un lato un aspetto della patologia in reciproca interazione con le diagnosi psichiatriche, dall'altro però un elemento da considerare come fattore a sé stante, che influenza negativamente la capacità lavorativa della paziente già compromessa dalla patologia psichiatrica" (doc. XXXVII/1, il corsivo è della redattrice). Nel referto peritale del 22 dicembre 2008, il dr. \_\_\_\_\_ ha indicato di ritenere che "le diagnosi psichiatriche spieghino una parte della tendenza alla cronicità di entrambe le cefalee

accusate dalla paziente e che siano da ritenere un fattore peggiorativo dell'intensità della sintomatologia" (doc. XXIX pag. 34, il corsivo è della redattrice). Inoltre, il dr. \_\_\_\_\_ ha osservato che "vi è un'influenza reciproca fra le diagnosi, nel senso che il profilo psichiatrico della paziente ha influenzato e influenza la tendenza alla cronicità della sintomatologia neurologica, che però è a sé stante. Per questo motivo non ha molto senso cercare di separare completamente il significato delle diagnosi neurologiche da quelle psichiatriche, ma è necessario considerarle separatamente con i loro punti di contatto, ove si influenzano a vicenda (doc. XXIX pag. 41, il corsivo è della redattrice). Il dr. \_\_\_\_\_ ha evidenziato che, nel suo referto peritale, non ha cumulato il grado di incapacità lavorativa derivante dai disturbi neurologici (del 30%) con quello stabilito dal dr. \_\_\_\_\_ tenendo conto delle patologie psichiatriche (del 50%) - ciò che avrebbe portato ad un grado di inabilità lavorativa globale dell'80% - bensì ha sottolineato di avere integrato i due aspetti, giungendo, dopo valutazione interdisciplinare con il dr. \_\_\_\_\_, ad un grado di inabilità lavorativa globale del 60%. In tal senso, il dr. \_\_\_\_\_ ha ribadito che non vi è una incongruenza fra la valutazione di un grado di incapacità lavorativa globale dell'assicurata, dal punto di vista neurologico e psichiatrico, del 60%, con l'affermazione del dr. \_\_\_\_\_ circa la non cumulabilità del grado di incapacità lavorativa psichiatrica con altri gradi di incapacità lavorativa (doc. XXXVII/1, la sottolineatura è della redattrice). Anche il dr. Calanchini, nella sua presa di posizione del 25 febbraio 2009, ha rilevato che "è vero che una parte dei sintomi di origine psichica si sovrappone ad una parte dei sintomi di origine neurologica. In questo senso, parlare di integrazione appare più adeguato che parlare di "cumulo", procedura che ci porterebbe a valutare l'incapacità lavorativa dell'assicurata all'80%" (doc. XXXVII/2, il corsivo è della redattrice). Il TCA può fare proprie queste considerazioni del dr. \_\_\_\_\_ e del dr. \_\_\_\_\_, ritenendo quindi corretta la valutazione globale del grado di incapacità lavorativa dell'assicurata formulata, di concerto, dai due periti giudiziari. Al riguardo va qui ricordato che secondo l'Alta Corte, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie, non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati. La questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr. STFA del 4 settembre 2001 nella causa D., I 338/01, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, p. 485). In una sentenza del 19 agosto 2005 nella causa D., I 606/03, lo stesso TFA ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell'incapacità lavorativa va di regola eseguito nell'ambito di una perizia pluridisciplinare, ciò che nella causa in esame è stato fatto. In una sentenza I 514/06 del 25 maggio 2007, pubblicata in SVR 3/2008 IV nr. 15, pag. 43-45, il Tribunale federale ha osservato che "una semplice addizione di diverse inabilità lavorative parziali, eventualmente presa in considerazione in occasione di una perizia pluridisciplinare, può produrre, a seconda delle peculiarità concrete del caso, un risultato troppo consistente oppure troppo esiguo". Su questo argomento, cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali", in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (245-249). La critica del SMR alla perizia giudiziaria è dunque infondata. Questo Tribunale non condivide nemmeno l'altra censura dei medici SMR, riguardo alla presunta non affidabilità della perizia del dr. \_\_\_\_\_, in quanto il perito non avrebbe analizzato gli elementi necessari per valutare l'influenza della sindrome somatoforme sulla capacità lavorativa residua dell'interessata. A tale proposito, il TCA sottolinea innanzitutto che il dr.

\_\_\_\_\_ , nel suo referto peritale del 30 dicembre 2008, ha ritenuto l'assicurata inabile al lavoro nella misura del 50% a causa di un insieme di patologie e non solo a causa della sindrome somatoforme, indicando che l'assicurata è affetta da una "sindrome mista ansioso-depressiva, con manifestazioni di attacco di panico iniziale o oligosintomatico e di claustro- e agorafobia (F41.2); una sindrome somatoforme non specificata (F45.9) e una personalità con tratti anancastici, che non mi sembra raggiungere la gravità del disturbo anancastico di personalità (F60.5)" (doc. XXIX/2 pag. 27, il corsivo è della redattrice). Il perito ha precisato che le prime due diagnosi incidono negativamente sulla capacità lavorativa dell'interessata (doc. XXIX/2 pag. 28, il corsivo è della redattrice). Inoltre, va evidenziato che il dr. \_\_\_\_\_ , nel suo approfondito referto peritale, ha ben spiegato che nel caso della ricorrente riveste un'importanza fondamentale il complesso disturbo ansioso, che rappresenta il problema principale dell'assicurata. Il dr. \_\_\_\_\_ ha infatti rilevato che "per concludere, tutto porta a ritenere che il problema principale della peritanda, dal punto di vista psichiatrico, sia un complesso disturbo ansioso , come aveva segnalato il dr. \_\_\_\_\_ " (doc. XXIX/2, pag. 26, il corsivo è della redattrice). Il dr. \_\_\_\_\_ ha aggiunto che anche le somatizzazioni sono di origine ansiosa (doc. XXIX/2, pag. 27, il corsivo è della redattrice). Non si può quindi, come preteso dai medici del SMR, ritenere che l'inabilità lavorativa indicata dal perito non possa essere considerata valida per una presunta mancata accurata valutazione della sindrome somatoforme dell'interessata, visto che la problematica principale dell'interessata è rappresentata dal suo complesso disturbo ansioso (sindrome mista ansioso-depressiva, tanto più che questo aspetto era già stato segnalato anche da perito dell'amministrazione, il neurologo dottor \_\_\_\_\_ (cfr. consid. 2.6.)). Il TCA sottolinea che, nelle loro osservazioni del 30 gennaio 2009, il dr. \_\_\_\_\_ e la dr.ssa \_\_\_\_\_ hanno, a torto, indicato che "il dr. \_\_\_\_\_ conclude per quanto riguarda lo status clinico rilevato durante le visite "nessun singolo reperto di sicura dignità psicopatologica, rilevante e conclamato dal profilo psichiatrico." Il quadro clinico obiettivato quindi non presenta caratteristiche di gravità ed intensità" (cfr. doc. XXXII/bis). Ora, se da una parte è vero che a pag. 7 del referto peritale il dr. \_\_\_\_\_ ha indicato che "lo status non segnala nessun singolo reperto di sicura dignità psicopatologica, rilevante e conclamato dal profilo psichiatrico", va tuttavia sottolineato che lo psichiatra ha aggiunto che "vi è invece – come nell'anamnesi - una quantità di indizi importanti che acquistano senso solo in una visione psicodinamica/psicoanalitica . Di ciò si dirà nella valutazione conclusiva (doc. XXIX/2 pag. 7, il corsivo è della redattrice). Nell'espone poi la sua valutazione, il dr. \_\_\_\_\_ - dopo essersi chiesto quale sia la natura dell'ansia pervasiva che costituisce "così almeno sembra a questo punto delle nostre riflessioni, l'origine dell' apparentemente molto discreta psicopatologia della peritanda" (doc. XXIX/2 pag. 25 il corsivo è della redattrice) – ha evidenziato che, in realtà, l'assicurata è affetta da un complesso disturbo ansioso , che costituisce il suo problema principale (doc. XXIX/2 pag. 26, il corsivo è della redattrice). Già questa sola diagnosi giustifica il riconoscimento di un'incapacità lavorativa dell'assicurata, come stabilito dal dottor \_\_\_\_\_ (cfr. in tale contesto la STF 9C\_533/2008 del 19 marzo 2009 nel quale l'Alta Corte ha rilevato: " (...) qu'à cet égard, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants et, de manière analogue, la fibromyalgie ( ATF 132 V 65 consid.

#### **E. 4**

p. 70 ss), n'entraînent pas en règle générale une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité; que la juridiction cantonale a constaté, en se

fondant sur les rapports médicaux en question, que le recourant souffre d'une lomboischialgie droite L5/S1 ainsi que d'un état dépressif récurrent de degré moyen (ICD-10 F33.1), et que sa capacité de travail résiduelle était, selon le docteur R. \_\_\_\_\_, entière dans la nouvelle activité à laquelle il avait été initié durant le stage d'observation professionnelle (électronique en atelier), mais réduite de 30 % d'après le docteur B. \_\_\_\_\_ en raison d'un état dépressif chronique; qu'en revanche, il est établi que le docteur B. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, n'a pas posé le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux ou celui de fibromyalgie, que ce diagnostic n'a pas non plus été attesté par le docteur R. \_\_\_\_\_, lequel avait été chargé de l'expertise médicale (cf. ATF 125 V 351 consid. 3 p. 352 ss), ou par le docteur C. \_\_\_\_\_, qui avait opéré l'assuré d'une hernie discale en 1996 et en 2004, et que même le recourant ne prétend pas être atteint par un syndrome de cette nature; que dans ces conditions, la juridiction cantonale de première instance pouvait conclure que l'OAI avait à juste titre retenu, sur le plan somatique, une capacité de travail entière dans une activité légère adaptée et, sur le plan psychique, une limitation de la capacité de travail de 30 % en raison de l'état dépressif récurrent de degré moyen; (...)" Rispondendo alle critiche dei medici del SMR, nel suo scritto del 25 febbraio 2009, il dr. \_\_\_\_\_ ha comunque spiegato che mettendo in evidenza il mancato apprezzamento di elementi importanti per valutare l'influenza della sindrome somatoforme sulla capacità lavorativa dell'assicurata, come il funzionamento sociale e familiare e la presenza di una eventuale perdita dell'integrazione sociale, i medici del SMR sembrano volere isolare la sindrome somatoforme dalla rimanente psicopatologia dell'interessata, per poi sottolineare che i criteri di Förster non sono stati analizzati in maniera adeguata. Il dr. \_\_\_\_\_ ha evidenziato che, come già messo in rilievo nel suo referto peritale, il disturbo dell'assicurata è complesso e non facilmente inquadrabile nelle definizioni nosologiche di riferimento (doc. XXXVII/2, il corsivo è della redattrice). Nel suo referto peritale, infatti, il perito ha ben evidenziato che "può sembrare che la peritanda presenti una serie di disturbi indipendenti l'uno dall'altro. Questa impressione sarà mitigata, penso, se si considera che disturbi d'ansia, anancastici, di somatizzazione, post-traumatici, rientrano tutti nel grande gruppo delle "Sindromi nevrotiche, legate a stress e somatoformi" secondo ICD10-F40-48, cui si riconosce una base comune" (doc. XXIX/2 pag. 27). Quanto ai criteri di Förster, il dr. \_\_\_\_\_ ha aggiunto che essi non sono contemplati né nel manuale ICD, al quale si fa riferimento nella prassi peritale; né nel DSM; né, infine, nel libro di recente pubblicazione "Douleur somatoforme" di Fauchère, nel quale si trova una tabella relativa a "perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie", ma in riferimento alla categoria "troubles somatoformes douloureux" "che non è esattamente quella da me diagnosticata nell'assicurata, per quanto anche nel suo caso il dolore rivesta un ruolo non trascurabile" (doc. XXXVII/2, il corsivo è della redattrice). Il dr. \_\_\_\_\_ ha quindi ritenuto che "la censura dei colleghi \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ mi appare, visto quanto sopra, non ben fondata" (doc. XXXVII/2, il corsivo è della redattrice). Il TCA non può che fare proprie queste considerazioni del perito, sottolineando che, nel referto peritale del 30 dicembre 2008, il dr. \_\_\_\_\_ ha posto, tra le altre, la diagnosi di sindrome somatoforme non specificata, indicando espressamente che "i dolori cefalici – e i sintomi vegetativi – non soddisfano i criteri diagnostici né di un disturbo di somatizzazione, né di una sindrome somatoforme da dolore persistente, mi sembrano però rivestire un carattere e un'importanza tali da non consentire di ritenerli soltanto manifestazioni ansiose o depressive, nel senso di una "depressione mascherata", anche se queste componenti certamente concorrono alla loro genesi" (doc. XXIX/2 pag. 27, il corsivo è della redattrice).

A proposito della diagnosi di sindrome del dolore somatoforme persistente, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, questa diagnosi non costituisce, di per sé, una base sufficiente per concludere ad un'invalidità. Esiste per contro una presunzione che i disturbi derivanti da una sindrome somatoforme dolorosa possano essere superati tramite uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile (cfr. consid. 2.4. e STF I 1093/2006 del 3 dicembre 2007). Come visto in precedenza (cfr. consid. 2.4.), per ritenere eccezionalmente inesigibile lo sfruttamento della capacità lavorativa da parte di un assicurato che soffre di una sindrome del dolore somatoforme, la giurisprudenza esige l'esistenza concomitante di una comorbidità psichica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza qualificata di altri criteri, quali ad es. l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, l'accertamento di un ritiro totale dalla vita sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia (cosiddetto "Krankheitsgewinn") come pure un insuccesso, nonostante gli sforzi profusi, di trattamenti e di provvedimenti riabilitativi. Da notare, al riguardo, che il dr. \_\_\_\_\_ ha rilevato che, dai dati anamnestici, dallo status, dalle lamentele soggettive, dalle dichiarazioni a proposito dei disturbi attuali e dall'esame psicologico indicati nel referto peritale, emergono numerose indicazioni che dimostrano che il funzionamento sociale e familiare è seriamente compromesso: "si pensi alla frequenza e lunghezza (ancora oggi) degli attacchi, alle limitazioni alla mobilità e all'autonomia (difficoltà di uscire di casa, ecc.), alla faticabilità con necessità di riposarsi/stendersi dopo ogni attacco, al fatto di doversi coricare prestissimo, con incidenza pesante sulla vita familiare e intima" (doc. XXXVII/2, il corsivo è della redattrice). Il dr. \_\_\_\_\_ ha aggiunto di avere considerato nella sua perizia, anche se in modo implicito, il funzionamento sociale e familiare e la perdita dell'integrazione sociale, soprattutto per ciò che riguarda la situazione lavorativa, che è fortemente condizionata dalla psicopatologia e dalla struttura di personalità (doc. XXXVII/2, il corsivo è della redattrice). Quanto poi alla critica dei medici SMR circa la sintomatologia non particolarmente grave dell'interessata, "anche se a livello testologico erano emerse delle difficoltà quando la peritanda deve mantenere per lungo tempo un alto livello di attenzione e concentrazione e memorizzare visuo-spazialmente", il dr. \_\_\_\_\_ ha evidenziato che dalla lettura dell'esame psicologico e in particolare dal Test D2 (nel quale la prestazione complessiva dell'interessata è inferiore alla media) risulta che l'assicurata inizia a manifestare i propri limiti dopo solo due minuti, di modo che tale test (volto a valutare la capacità di concentrazione a lungo termine) si è concluso nel giro di pochi minuti (doc. XXXVII/2, la sottolineatura è del perito). Il perito ha quindi concluso che "le difficoltà dell'assicurata sono evidenti e la dicono lunga sulla sua possibilità di affrontare un'attività come la sua" (doc. XXXVII/2, il corsivo è della redattrice). Anche queste considerazioni del perito non possono che essere condivise da parte del TCA. Infine, quanto alla critica relativa alla mancata indicazione della durata dei periodi di benessere che sono intervenuti nell'ambito dell'andamento fasico del disturbo depressivo dell'assicurata, il dr. \_\_\_\_\_ ha evidenziato che questi periodi risalgono "a prima della fase attuale", all'origine della prolungata incapacità lavorativa dell'interessata, presente sicuramente da settembre 2003 (doc. XXXVII/2, il corsivo è della redattrice). Alla luce delle chiare risposte del dr. \_\_\_\_\_ e del dr. \_\_\_\_\_, il TCA non può quindi condividere le critiche espresse dai medici del SMR a proposito della perizia giudiziaria. Stante quanto sopra, dunque, questo Tribunale ritiene che l'assicurata non può essere considerata abile al lavoro nella misura del 70%, come valutato dal dr. \_\_\_\_\_ e confermato dal dr. \_\_\_\_\_ del

SMR. Deve per contro essere ritenuto dimostrato, con la certezza richiesta nel campo delle assicurazioni sociali (cfr. DTF 121 V 208 consid. 6a; DTF 115 V 142 consid. 8b; SVR 1996 Nr. 85 pag. 269; SVR 1996 LPC Nr. 22 pag. 263ss RAMI 1994 pag. 210/211), che l'assicurata è inabile al lavoro al 60% in qualsiasi attività, così come espressamente indicato dal dr. \_\_\_\_\_ nella sua perizia giudiziaria del 22 dicembre 2008 (doc. XXIX pag. 1-48), tenendo conto sia degli aspetti neurologici, sia di quelli psichiatrici valutati dal dr. \_\_\_\_\_ nel suo referto peritale del 30 dicembre 2008 (doc. XXIX/2 pag. 1-31). Alla luce di quanto appena esposto, la decisione impugnata del 3 aprile 2007 - con la quale l'UAI ha soppresso la mezza rendita di cui beneficiava l'assicurata, dato che, rispetto alle precedenti decisioni del 13 maggio 2005 e del 13 giugno 2005 (cfr. doc. 27 e 29), vi era stato un miglioramento dello stato di salute dell'interessata, che aveva ridotto il grado di incapacità lavorativa al 30%, come stabilito dalla perizia del dr. \_\_\_\_\_ - non può essere considerata corretta, alla luce delle risultanze della perizia giudiziaria del dr. \_\_\_\_\_ e del dr. \_\_\_\_\_, in quanto così facendo si ignorano gli effetti sulla capacità lavorativa residua delle affezioni a livello psichiatrico di cui soffre la ricorrente. Se, infatti, da una parte il dr. \_\_\_\_\_ ha, nel suo referto peritale, confermato la percentuale di incapacità lavorativa del 30% già indicata dal dr. \_\_\_\_\_ nel referto peritale del 19 dicembre 2006 - sebbene con motivazioni diverse - dall'altra va rilevato che all'inabilità lavorativa per motivi neurologici occorre integrare quella derivante dalle patologie psichiatriche, come stabilito dal dr. \_\_\_\_\_. Pertanto, essendo l'assicurata inabile al lavoro al 60% in qualsiasi attività, compresa la sua precedente attività di impiegata d'ufficio, nella quale è in grado di conseguire, mettendo a frutto la sua capacità lavorativa residua, un reddito corrispondente al 40% del reddito realizzabile senza il danno alla salute (100%), questo Tribunale ritiene che l'incapacità lucrativa della ricorrente ammonta al 60% (cfr. al riguardo DTF 114 V 310 consid. 3a pag. 313 con riferimenti; STF 9C\_776/2007 del 14 agosto 2008), ciò che dà diritto a tre quarti di rendita di invalidità. Il TCA sottolinea, al riguardo, che anche nelle precedenti decisioni del 13 maggio 2005 e del 13 giugno 2005 (cresciute incontestate in giudicato), l'UAI ha ritenuto che l'assicurata, dapprima totalmente inabile al lavoro, ma poi inabile al lavoro al 50% in qualsiasi attività, compresa la sua precedente professione, dal mese di marzo 2005, avesse diritto, dopo una rendita intera per un periodo limitato di tempo, ad una mezza rendita di invalidità a partire dal 1° giugno 2005, per un grado di invalidità del 50%, senza procedere al raffronto dei redditi, ma effettuando il cosiddetto raffronto percentuale (cfr. doc. 27-1). Va qui rilevato che il Tribunale federale, in una sentenza 9C\_294/2008 del 19 marzo 2009, ha ancora una volta ritenuto corretto considerare che un'assicurata, inabile al lavoro al massimo al 30% sia nella sua professione abituale, che in altre attività, presenta un grado di invalidità del 30%. Alla medesima soluzione l'Alta Corte è arrivata in una sentenza 8C\_558/2008 del 17 marzo 2009 per un assicurato inabile al lavoro al 50% nella sua professione. Ne consegue che, annullata la decisione contestata, l'assicurata ha diritto a tre quarti di rendita dal 1° aprile 2006 - mese nel quale è stata effettuata la revisione d'ufficio della rendita (cfr. doc. 34-1) - conformemente all'art. 88bis cpv. 1 lett. b OAI. A titolo abbondanziale, questo Tribunale attira l'attenzione del patrocinatore - il quale, nello scritto del 23 gennaio 2009, ha chiesto, contrariamente a quanto indicato in sede di ricorso, l'attribuzione di una rendita di invalidità del 75%, se non addirittura di una rendita intera, dal 2003 (cfr. doc. XXXI) - sul fatto che le precedenti decisioni del 13 maggio 2005 e del 13 giugno 2005, con le quali l'amministrazione ha attribuito all'interessata una rendita intera dal 1° novembre 2003 al 31 maggio 2005 e mezza rendita a partire dal 1° giugno 2005, sono cresciute, incontestate, in

giudicato. Pertanto, il TCA non è legittimato a modificare le precedenti decisioni, cresciute in giudicato (cfr. art. 53 LPGa). 2.11. L'assicurata ha chiesto l'audizione testimoniale della sua curante e l'edizione di alcuni documenti (VIII). Va qui ricordato che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce 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 più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Nel caso in esame, secondo questo Tribunale, alla luce della perizia giudiziaria ordinata dal TCA, non è necessario procedere né all'edizione dei documenti, né alla audizione testimoniale richieste. 2.12. 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, le spese per complessivi fr. 1'000.-- sono poste a carico dell'Ufficio AI.

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