

TI_GERICHTE 32.2007.374 vom 24. September 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-09-24, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2007.374

FR: TI_GERICHTE 32.2007.374 du 24 septembre 2007

IT: TI_GERICHTE 32.2007.374 del 24 settembre 2007

Regeste

Richiesta di revisione di una rendita a causa del peggioramento dello stato di salute. In concreto dalla perizia SAM non emerge alcun peggioramento dello stato valetudinario della ricorrente

Erwägungen

E. 1

La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell'articolo 49 cpv. 2 della Legge sull'organizzazione giudiziaria (STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00). Nel merito 2. Il 1° gennaio 2008 è entrata in vigore la 5.a revisione della LAI (RU 2007 5148). Occorre qui rilevare che per quanto riguarda le norme di diritto materiale, in assenza di disposizioni transitorie, nel diritto delle assicurazioni sociali sono determinanti quei disposti in vigore al momento in cui si è realizzata la fattispecie che esplica degli effetti (DTF 129 V 4 consid. 1.2.; 127 V 466 consid. 1). Dal momento che nel caso in esame lo stato di fatto giuridicamente determinante è realizzato antecedentemente al 1° gennaio 2008, le modifiche della 5.a revisione della LAI non sono applicabili. Ne consegue che gli articoli della LAI citati in seguito fanno riferimento al tenore valido sino al 31 dicembre 2007. 3. O ggetto della vertenza è la questione di sapere se l'insorgente ha diritto ad una rendita maggiore rispetto a quella che percepisce attualmente. 4. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss). Secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2003, gli assicurati hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 66 2/3 %, a una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Nel suo nuovo tenore in vigore dal 1° gennaio 2004, l'art. 28 cpv. 1 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo

l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 p. 84 consid. 1b). Nella DTF 107 V 21 consid. 2c, la nostra Corte federale ha stabilito che l'assicurazione per l'invalidità non è tenuta a rispondere, qualora l'assicurato, in ragione della sua età, di una carente formazione oppure a causa di difficoltà di apprendimento o linguistiche, non riesce a trovare concretamente un'occupazione (giurisprudenza confermata dal TFA con una sentenza del 14 luglio 2006 nella causa A., U 156/05, consid. 5). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale) i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a). Al proposito, va precisato che, secondo la DTF 128 V 174, resa in ambito LAINF, per il raffronto dei redditi ipotetici fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (e non quello della decisione su opposizione). L'Alta Corte ha anche precisato che l'amministrazione è comunque tenuta, prima di pronunciarsi sul diritto a una prestazione, a esaminare se nel periodo successivo all'inizio di tale diritto non sia eventualmente subentrata una modifica di rilievo dei dati ipotetici di riferimento. In questa eventualità essa dovrà pertanto procedere a un ulteriore raffronto dei redditi prima di decidere. Tale principio è poi stato esteso anche all'assicurazione per l'invalidità (DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 5. Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per sapere se è intervenuta una modificazione notevole, si deve confrontare la situazione di fatto al momento della decisione iniziale di assegnazione della rendita con quella vigente all'epoca del

provvedimento litigioso (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2). 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. 1.2

pag. 50; 130 V 352 consid. 2.2.3 pag. 353 seg. e consid. 3.3.1 pag. 358). (...)" In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il Tribunale federale (TF) ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)" (STF del 4 luglio 2007, I 384/06). 7. Nel caso concreto, dopo la richiesta di prestazioni AI, sfociata, viste le risultanze mediche, nelle decisioni del 25 settembre 2000 con le quali all'assicurata è stato riconosciuto un diritto ad una mezza rendita dal 1° settembre 1998 al 30 aprile 1999 (doc. AI 31-1) e di ¼ di rendita dal 1° maggio 1999, confermate nell'ambito della prima revisione, l'UAI, viste le risultanze della perizia pluridisciplinare del SAM del 21 maggio 2007 allestita in seguito alla nuova richiesta di prestazioni AI dell'insorgente, ha confermato il diritto ad un quarto di rendita, non essendoci stato un peggioramento dello stato di salute dell'assicurata. Dagli atti emerge che il 6 aprile 2006 il dr. med. _____, specialista FMH in medicina interna, medicina psicosomatica e psicosociale _____, medico curante dell'assicurata, nell'ambito della nuova richiesta di prestazioni ha affermato che: " La summenzionata presenta a partire dal 2005 degli ulteriori danni alla salute, che comportano un deficit funzionale, e una conseguente riduzione della capacità lavorativa, motivo per cui ritengo opportuno anticipare la domanda di revisione ritenendo il sottoscritto che l'incapacità lavorativa sia aumentata rispetto alla valutazione del 2000. Riassumendo, la RI 1 presenta una sindrome algica alla colonna lombare-toracale nell'ambito di una caduta nel gennaio 2005, con sensazione di "scossa" all'arto inferiore sx, dolori in sede lombare-toracale senza un dolore assiale, sintomatologia che malgrado trattamenti conservati ambulatoriali e stazionari (cfr allegato) non sono stati modificati. Agli accertamenti, è stata esclusa una lesione ossea tramite TAC e risonanza magnetica. La RI 1 ha avuto un certo quale beneficio dall'instaurazione di un trattamento antidepressivo (Seropam gc 25-0-25). Oltre a ciò, la RI 1 ha sviluppato un infarto miocardico anteroseptale con lisi e PTCA di salvataggio nel novembre 2005 nell'ambito di un pregresso tabagismo, dislipidemia e una familiarità. Attualmente la RI 1 presenta una riduzione della funzionalità cardiaca (FE 45-50%) e presenta una intolleranza allo sforzo con una dispensa, ma senza stenocardie. All'esame fisico odierno, la RI 1 è in ridotte condizioni generali, aspetto depresso, la colonna è allineata, miogelosi lombare paravertebrale e paratoracale, (...). Attualmente la RI 1 è a beneficio di un trattamento antidepressivo antiaggregante e ipolipemizzante. In ragione di quanto sopra, ritengo una rivalutazione medica preferibilmente nell'ambito di una valutazione multidisciplinare (es. c/o il servizio medico di accertamento dell'Ospedale _____) indicata." (doc. AI 53-3) Con annotazioni del 15 ottobre 2006 il medico SMR, dr. med. _____, ha affermato: " Trattasi di richiesta di revisione (marzo 2006) L'assicurata è a beneficio di ¼ di rendita dal 01.05.1999. Annotazioni agli atti: Si fa riferimento alla perizia SAM con data 30.03.2000 Diagnosi: Sindrome somatoforme del dolore con dolore persistente ICD 10F 45.4) Sindrome dolorosa del conto scapolare destro con probabile sindrome di attrito sottoacromiale. Dal punto di vista reumatologico il grado di incapacità lavorativa in lavori pesanti è stato giudicato sopra il 60%; in attività leggera adeguata la capacità lavorativa pari al 60-70%

Dal punto di vista psichiatrico per le conseguenze della sindrome somatoforme del dolore la capacità lavorativa è stata giudicata 60% Riferimento al rapporto del Dr. _____ del 6.04.2006. Il medico curante riferisce che sono subentrate nuove affezioni e allega la documentazione medica: Attacco ischemico transitorio Sindrome lombospondilogenica su discopatia L5-S1 Sindrome depressiva ricorrente Infarto miocardico antero-settale nel novembre 2005 con lisi e PTCA. La funzione cardiaca è risultata ridotta. Un infortunio con contusione della schiena ha causato un'incapacità lavorativa totale dal 15.01.2005 e dal 21.07.2005 al 30.09.2005. Dopo esame fiduciario da parte del Dr. _____ il 26 ottobre 2005 che non riscontra più un nesso di causalità dei disturbi lamentati dall'assicurata con l'infortunio il caso viene chiuso. Il Dr. _____ ritiene l'assicurata causa malattia totalmente inabile al lavoro e necessario un accertamento da parte del nostro ente.

Conclusioni: In considerazioni delle nuove affezioni subentrate potenzialmente invalidanti, in assenza di dati sufficienti per una valutazione della capacità lavorativa globale, una perizia pluridisciplinare SAM è indicata. I periodi di incapacità lavorativa riconosciuti dalla _____ sono giustificati." (doc. AI 59-2) Dalla perizia pluridisciplinare 21 maggio 2007 (doc. AI 64-1) risulta che i periti, dopo aver esposto dettagliatamente l'anamnesi, la catamnesi e le constatazioni obiettive, hanno fatto capo a 4 consultazioni specialistiche esterne, di natura psichiatrica (dr. med. _____), reumatologica (dr. med. _____), neurologica (dr. med. _____) e cardiologica (dr. med. _____). Sulla base delle risultanze dei singoli consulti, i periti hanno posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di sindrome somatoforme da dolore persistente, fibromialgia, sindrome lombospondilogenica cronica su discopatia L5-S1 (RM 2005), periartropatia omeroscapolare tendinotica bilaterale su lesione parziale anamnesticca del sovraspinato a destra. Gli specialisti hanno inoltre posto la diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa di malattia coronarica bitroncolare con infarto miocardico acuto (STEMI) con fibrillazione ventricolare in fase iperacuta, rescue PTCA con posa di stent del RIVA prossimale e della RCA media il 1.12.2005, FRCV: abuso nicotinicco cumulativo, dislipidemia, sedentarietà, familiarità, sospetto episodio ischemico transitorio con sindrome brachio-curale sinistra il 26.07.2001, cefalee dal carattere emicranico, possibile lieve sindrome femoropatellare a destra, ipovitaminosi D. A proposito della valutazione medico-teorica della capacità lavorativa, i periti hanno concluso che: " l'attuale grado di capacità lavorativa medico-teorica globale dell'A. nell'attività svolta di venditrice indipendente, è di nuovo valutabile nella misura del 60%. In quanto riteniamo che lo stato di salute, dalla precedente perizia SAM del 20.03.2000, non ha presentato evidenti mutamenti duraturi nel tempo tali da modificare lo stato valetudinario." I periti hanno poi affermato: " Le conseguenze sulla capacità di lavoro, come già in occasione della precedente perizia, si manifestano nell'ambito dei disturbi constatati a livello psicologico e mentale, nonché a livello muscoloscheletrico. A riguardo invece delle problematiche neurologiche e cardiologiche segnalate come ulteriori danni alla salute da parte del medico curante con possibile riduzione dello stato valetudinario, possiamo affermare che, sulla base degli accertamenti effettuati, attualmente non concorrono a ridurre ulteriormente la capacità lavorativa dell'A. nell'attività svolta di venditrice in proprio. Sul piano psicologico e mentale persiste una labilità emotiva con ansia ed astenia, ciò che comporta una prestazione discontinua e riduzione del rendimento. Sul piano muscoloscheletrico, la presenza dei dolori cronici generalizzati, dei disturbi del sonno e della stanchezza riducono pure il rendimento sul lavoro, così come i disturbi locali a livello della colonna vertebrale, delle spalle e del ginocchio sinistro. Il nostro consulente in reumatologia esprime una valutazione sul piano

valetudinario diversa da quella esposta in occasione della prima perizia SAM; tuttavia constatata l'assenza di cambiamenti di rilievo nel corso degli ultimi anni, motivo per cui non possiamo documentare un miglioramento della capacità lavorativa. A riguardo della determinazione temporale della limitazione della capacità di lavoro possiamo confermare quanto espresso in occasione della prima perizia SAM e precisare che da allora vi è stato un periodo di totale incapacità lavorativa dal 15.01.2005 al 20.07.2005 nell'ambito dell'evento traumatico e delle rispettive valutazioni descritte agli atti. A partire dal 21.07.2005 l'A. è da ritenere abile al lavoro nella misura del 60%. Nell'ambito dell'evento ischemico miocardico l'A. è poi di nuovo da valutare totalmente inabile al lavoro dall'1.12.2005 per la durata di ca. un mese." Per quanto concerne le conseguenze sulla capacità d'integrazione gli specialisti hanno rilevato: " In considerazione della situazione professionale, dell'impossibilità, nell'ambito dei danni alla salute descritti, di migliorare sensibilmente lo stato valetudinario, non riteniamo indicati provvedimenti d'integrazione professionale. L'attuale capacità di lavoro nell'attività svolta non è migliorabile tramite provvedimenti medici. Riteniamo inoltre che l'attività attualmente svolta dall'A. è da considerare adatta ai danni della salute evidenziati, per cui, anche in altre attività simili, il grado di capacità lavorativa è valutabile nella misura del 60%. Per quanto riguarda la capacità lavorativa in qualità di casalinga, ribadiamo quanto discusso sopra (vedasi capitolo 8). In assenza di un miglioramento sostanzioso ed obbiettivabile dei danni alla salute, non possiamo certificare un miglioramento della capacità lavorativa come descritto dal nostro consulente reumatologo." (doc. AI 64-19) Il 13 luglio 2007, la dr. med. _____, medico SMR, ha affermato: " (...) L'assicurata dichiara un peggioramento dello stato di salute dal 2001, anno in cui presenta un possibile episodio cerebrovascolare ischemico transitorio con manifestazione brachiocrurale a destra. Il 15.1.2005, uscendo dalla propria vettura, sarebbe scivolata su una lastra di ghiaccio battendo violentemente la regione lombare per terra, con apparizione di dolori lombosacrali irradianti all'arto inferiore sinistro. Il 1.12.2005 presenta un serio malessere e viene ricoverata presso l'ospedale di _____ dove viene diagnosticato un infarto miocardico acuto non risolto dopo trombolisi intravenosa con conseguente trasferimento al _____ di _____ per intervento di angioplastica e posa di uno stent. In data 10.3.2006 viene inoltrata la richiesta di prestazioni AI. Lo stesso medico curante (Dr. _____) comunica di ritenere indicata una valutazione peritale interdisciplinare. Dalla perizia SAM si evince che, dalla precedente perizia SAM del 20.3.2000, lo stato di salute non ha presentato evidenti duraturi mutamenti nel tempo tali da modificare lo stato valetudinario. Per ciò che concerne la patologia cardiaca, l'anamnesi, l'esame clinico e gli esami strumentali effettuati (ECG, cicloergometria e ecocardiografia transtoracica) permettono di concludere che l'assicurata presenta una coronaropatia bivasale attualmente ben compensata in assenza di stenosi significative e un completo ristabilimento della funzione cardiaca. Alla luce dei reperti e dell'evoluzione, il perito (Dr. _____) indica di ritenere che dal lato cardiovascolare non vi sono elementi sia soggettivi che oggettivi tali da limitare la CL dell'assicurata per le attività svolte. Sul piano psichiatrico, nel 2000 era stata evidenziata una sindrome somatoforme da dolore persistente con evoluzione abbastanza favorevole per la quale l'assicurata veniva ritenuta abile nella misura del 60%. Nel 2004 viene ricoverata a _____ per una breve ricaduta depressiva. A parte ciò, dal 2000 l'assicurata non è stata seguita da uno specialista (psichiatra) riuscendo comunque a svolgere la sua attività nella misura di almeno il 60%. La sindrome somatoforme è ancora presente e l'evoluzione viene ritenuta favorevole nel tempo malgrado l'assenza di trattamento specialistico. Per questa patologia il grado di CL viene valutato

intorno al 70%. Per ciò che concerne la patologia reumatologica, viene confermata la diagnosi di fibromialgia, e vengono riconfermati i disturbi al rachide ed alle spalle già rilevati nel 2000, precisando che l'esame è reso difficile da un'importante resistenza attiva da parte della paziente, una tendenza all'esagerazione delle limitazioni funzionali e ad un atteggiamento piuttosto teatrale (si constatano le stesse difficoltà nel 2000). Lo status neurologico risulta normale e permette, tra l'altro, di escludere una lesione della cuffia dei rotatori, l'assenza di segni di sofferenza del sistema nervoso periferico centrale ed esclusione di danni residui in relazione al sospetto ischemico transitorio avvenuto nel luglio 2001. Dal lato neurologico non vi è una limitazione della CL. In conclusione, si conferma la stazionarietà con eccezione dei periodi nell'ambito dell'evento traumatico del 2005, con totale IL dal 15.1.2005 al 20.7.2005, e nell'ambito dell'evento ischemico miocardico, con totale IL dal 1.12.2005 per un mese." (doc. AI 67-2) Sulla base di queste valutazioni l'UAI ha respinto la richiesta di aumento della rendita d'invalidità, affermando: " (...) Dalla documentazione medica acquisita agli atti in fase di revisione, in particolar modo dalla perizia specialistica interdisciplinare avvenuta durante il mese di aprile del 2007 presso il Servizio Accertamento Medico (SAM) di _____, risulta che il suo stato di salute è peggiorato per un periodo di tempo limitato, vale a dire dal 15.01.2005 al 20.07.2005. In suddetto periodo è giustificata una totale incapacità lavorativa. Successivamente, escluso un ulteriore mese di totale inabilità (dicembre '05), risulta ancora giustificato un grado di invalidità del 40%. Questo aggravamento temporaneo le avrebbe comportato un limitato aumento del grado d'invalidità, tuttavia avendo richiesto la revisione solamente in marzo 2006, prestazioni precedenti non possono essere riconosciute visto quanto stabilito dall'art. 88bis OAI." (doc. AI 69-2) 8. Affinché 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 del 26 agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, consid. 5; STFA del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3a, 1997 pag. 123; STFA del 18 marzo 2002 nella causa M [I 162/01], consid. 2b). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212; STFA del 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA del 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pag. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 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. del 22 maggio 1995 in re A. C; cfr. anche DTF 123 V 178 consid. 4b; Pratique VSI 2001 pag. 110 consid. 3c). 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). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV 10, pag. 33ss.), l'Alta Corte 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 consid. 3a). 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 consid. 3b/bb) . Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 pag. 188; 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; STFA del 26 agosto 2004 nella causa G.C., I 355/03, consid. 5). 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 del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; MEYER-BLASER, Rechtspre-chung des Bundesgericht im Sozialversicherungs-recht, Zurigo 1997, pag. 230). Se e 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 del 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01). Infine, va rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali", in RDAT 2003-II pag. 628- 629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest'ultima sentenza l'Alta Corte ha 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 premorbo, 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 psico-sociale 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 nella causa A., inc. 32.1999.124; STFA del 12 marzo 2004, I 683/03 pubblicata in DTF 130 V 352 e STFA inedita del 23 settembre 2004, I 384/04). 9. Occorre innanzitutto rilevare che, secondo la giurisprudenza (cfr. sentenza I 465/05 del 6 novembre 2006, pubblicata in DTF 133 V 108), il punto di riferimento temporale per valutare se si è in presenza di una modifica rilevante del grado di invalidità suscettivo di incidere notevolmente sul diritto alla prestazione è costituito, come nel caso di nuova domanda, dall'ultima decisione cresciuta in giudicato che si fonda su un esame materiale del diritto alla rendita. Nel caso concreto si tratta quindi delle decisioni 25 settembre 2000 (doc. AI 31-1 e 31-2) con le quali all'assicurata è stato riconosciuto il diritto a una mezza rendita dal 1.09.1998 al 30.04.1999 ed un ¼ di rendita dal 1.05.1999. Questa decisione è stata presa fondandosi su una perizia del SAM del 20 marzo 2000 (doc. AI 27-1), che aveva posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10 F 45.4) e sindrome dolorosa del cinto scapolare ds. con probabile sindrome da attrito sottoacromiale ds e la diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di cadute ripetute di non chiara origine, dove una componente ortostatica sembra possibile e fibriomalgia anamnestic, attualmente non manifesta (doc. AI 27-9). Il grado di capacità lavorativa medico-teorico globale è stato valutato nella misura del 60% (rendimento ridotto sull'arco di un'intera giornata lavorativa, durante la quale l'assicurata dovrà intercalare della pause). In qualità di casalinga il grado di capacità lavorativa, è valutato nella misura pure del 60% circa, considerando come quest'attività contenga maggiori limitazioni sul piano ortopedico-reumatologico, ma nessuna sul piano psichiatrico. In particolare, per quanto concerne l'aspetto psichico, il dr. med. _____ ha ritenuto un grado d'incapacità lavorativa del 40% (doc. AI 27-8), mentre per quanto concerne l'aspetto ortopedico l'interessata era stata visitata dal dr. med. _____ che aveva posto un grado di incapacità lavorativa del 60% in attività pesanti (doc. AI 27-8). Come visto nel 2007 l'interessata è stata nuovamente sottoposta ad una perizia ad opera del SAM. Dalla medesima emerge che gli specialisti, dopo aver valutato lo stato valetudinario della ricorrente in maniera approfondita, con 4 consulti specialistici, hanno potuto evidenziare come non vi sia stato alcun peggioramento. Dal consulto psichiatrico il perito, dopo aver preso atto della breve ricaduta depressiva con varie somatizzazioni nel corso del 2004 quando l'assicurata è stata ricoverata presso la Clinica _____ di _____, ha rilevato che “ per quel che riguarda la sua problematica psichiatrica, che essa aveva presentato piuttosto sotto forma di una sindrome somatoforme da dolore persistente (IDC-10 F45.4) essa ha avuto un'evoluzione lenta ma favorevole nel tempo che attualmente causa un'inabilità lavorativa nella misura del 20 al 30%. Malgrado che non è più in cura psichiatrica e non assume alcuna psicofarmacoterapia in modo regolare, la sua situazione psichica è abbastanza stabile e dal punto di vista puramente psichiatrico, essa potrebbe svolgere un'attività lavorativa adeguata alla sua situazione anche nella misura del 70% .” Lo specialista ha pure precisato che la prognosi a medio-lungo termine è favorevole (doc. AI 64-37). Per quanto concerne la patologia reumatologica il perito, dr. med. _____, dopo aver evidenziato che “ l'assicurata ha un atteggiamento teatrale con cui esprime dolori inadeguati sia ai movimenti spontanei che in occasione di gesti innocui all'esame clinico. Si sveste con lentezza, esagerando le limitazioni funzionali degli arti superiori . (...) Durante la visita in posizione eretta la paziente fa finta di perdere l'equilibrio e si sbilancia con espressioni di dolore. Urla accompagnando minimi movimenti non dolorosi all'esame clinico ”, ha confermato la diagnosi della sindrome somatoforme da dolore persistente,

aggiungendo inoltre che questa diagnosi “ non esclude quella di fibromialgia. Vi è anzi una sovrapposizione molto importante tra queste 2 entità .” ed ha evidenziato come si tratti “ con grande probabilità di una fibromialgia primaria, non distinguibile dalla sindrome somatoforme. ” Il perito ha concluso ritenendo che l’interessata è abile al lavoro a tempo pieno, nella sua attività di venditrice nel proprio negozio di abbigliamento, con un rendimento ridotto nella misura del 10-15%. Lo specialista ha poi precisato che non ha “ evidenza per cambiamenti di rilievo nel corso degli ultimi anni. Anche la prognosi a medio-lungo termine non vede cambiamenti di rilievo. ” (doc. AI 64-30). Per quanto concerne le patologie neurologica e cardiologica i periti, dr. med. _____ e dr. med. _____, hanno evidenziato che l’insorgente non presenta alcuna incapacità lavorativa (doc. AI 64-17). Sulla base di questi approfonditi referti medici, allestiti da specialisti indipendenti ed imparziali, i periti del SAM hanno potuto constatare una situazione stazionaria per quanto concerne lo stato valetudinario ed hanno confermato che l’attuale grado di capacità lavorativa medico-teorico globale dell’insorgente è valutabile nel 60%, poiché hanno ritenuto che “ lo stato di salute, dalla precedente perizia SAM del 20.03.2000, non ha presentato evidenti mutamenti duraturi nel tempo tali da modificare lo stato valetudinario. ” (doc. AI 64-18). Essi hanno sottolineato come “ le conseguenze sulla capacità di lavoro, come già in occasione della precedente perizia, si manifestano nell’ambito dei disturbi constatati a livello psicologico e mentale, nonché a livello muscoloscheletrico. A riguardo invece delle problematiche neurologiche e cardiologiche segnalate come ulteriori danni alla salute da parte del medico curante, con possibile riduzione dello stato valetudinario, possiamo affermare che, sulla base degli accertamenti effettuati, attualmente non concorrono a ridurre ulteriormente la capacità lavorativa dell’A. nell’attività svolta di venditrice in proprio .” (doc. AI 64-18). Solo per quanto concerne il periodo dal 15 gennaio 2005 al 20 luglio 2005 e nel mese di dicembre 2005 l’interessata è stata valutata totalmente inabile al lavoro (doc. AI 64-19). Sulla base della perizia il medico SMR ha confermato la stazionarietà della situazione valetudinaria, con eccezione dei periodi sopra citati (doc. AI 67-2). Nell’evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (doc. 8), questo Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni dei periti del SAM, confermate dalla dr. _____, medico SMR, la quale ha valutato compiutamente tutta la documentazione medica agli atti giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni in merito all’assenza di qualsiasi peggioramento dello stato di salute della ricorrente. Fondandosi sulla citata perizia, ha concluso per un grado di capacità lavorativa medico-teorica globale dell’assicurata per la professione svolta valutabile nella misura del 60% (doc. AI 67-2; cfr., sul valore probatorio dei rapporti interni del SMR la sentenza I 143/07 del 14 settembre 2007, consid. 3.3 e sentenza 9C_376/2007 del 13 giugno 2008, consid. 3.2). Va a questo proposito ricordato che il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF), in una decisione del 24 agosto 2006 nella causa B. (I 938/05), 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 e il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell’occasione l’Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre

médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)" (cfr. STFA del 24 agosto 2006 nella causa B., I 938/03, consid. 3.2) Del resto l'assicurata non ha più prodotto alcun certificato medico atto a sovvertire le motivate conclusioni dei periti prese dopo aver proceduto a 4 consulti medici specialistici. Per quanto concerne l'attestato del medico curante (a proposito dell'attendibilità delle certificazioni dei medici curanti, cfr. consid. 8; il giudice deve tener conto del fatto che il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente), dove viene descritto uno stato valetudinario peggiorato rispetto alla precedente perizia, va rilevato che esso è anteriore all'allestimento del referto peritale, dove la sua valutazione è stata accuratamente esaminata. La perizia SAM e i consulti specialistici hanno infatti preso in considerazione la globalità delle patologie di cui soffre l'assicurata, si fondano su indagini approfondite, sono scevri da contraddizioni e giungono a risultati concludenti. La perizia SAM dispone pertanto di forza probatoria piena, non sussistendo indizi concreti a mettere in causa la credibilità degli specialisti che hanno allestito il referto. Visto quanto sopra, sulla base delle affidabili e concludenti valutazioni dei periti e del medico SMR, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurata di comprovare l'asserito peggioramento dello stato di salute, è da ritenere dimostrato che non vi è stata alcuna modifica rilevante dello stato valetudinario dell'insorgente. Ritenuto inoltre che dalla perizia emerge l'impossibilità di esercitare qualsiasi attività lavorativa unicamente per il periodo dal 15 gennaio 2005 al 20 luglio 2005 e nel mese di dicembre 2005, che per l'art. 88bis cpv. 1 lett. a OAI se l'assicurato ha chiesto la revisione l'aumento della rendita o dell'assegno per grandi invalidi avviene al più presto a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata e che la nuova richiesta è stata trasmessa nel corso del mese di marzo 2006 (doc. AI 45-1), l'interessata non ha diritto a prestazioni maggiori di quelle che già ottiene. 10. L'insorgente con il suo ricorso afferma di essere in contattato con persone a beneficio di prestazioni dell'assicurazione invalidità al 100% che lavorano. Essa si chiede se la legge è uguale per tutti e fa implicitamente valere una disparità di trattamento. Va innanzitutto rilevato che, non avendo fornito né nomi, né prove a conferma di quanto affermato, non è possibile stabilire se altri assicurati beneficiano di prestazioni cui non avrebbero diritto. Inoltre va rammentato che con sentenza K 109/06 del 5 dicembre 2007 il Tribunale federale, nell'ambito di una vertenza inerente l'assicurazione contro le malattie, nel caso di un assicurato che invocava un trattamento diverso ricevuto da due ex colleghi domiciliati in due altri Cantoni, ha affermato: "(...) Poiché, per quanto detto, tale esenzione non può essere riconosciuta, in conformità all'ordinamento in materia, a una persona trovantesi nella sua medesima situazione, l'interessato potrebbe pretendere una simile dispensa in forza di un'eventuale prassi contraria unicamente se fossero eccezionalmente adempiuti i presupposti per ammettere una parità di trattamento nell'illegalità, in deroga al principio di legalità. Ciò presuppone tuttavia l'esistenza di una prassi illegale dell'autorità competente (... omissis ...) dalla quale la stessa non intenda scostarsi. Irrilevante sarebbe per contro l'esistenza di una prassi contraria in altri Cantoni (DTF 131 V 9 consid. 3.7 pag.

20; RAMI 2006 no. KV 367 pag. 206, consid. 11 pag. 225 [K 25/05] con riferimenti). Ora, nel caso concreto, non risulta in alcun modo che (... omissis ...) abbia in passato istituito una prassi contraria alla legge. Né tantomeno si può seriamente dedurre dalle sue prese di posizione l'intenzione di mantenere una simile prassi." (sottolineatura del redattore)

Analogamente, nel caso di specie non essendo resa verosimile la presenza di una prassi contraria ed illegale da parte dell'UAI la censura si rivela infondata. 11. Infine, con scritto dell'11 gennaio 2008 la ricorrente ha informato il TCA che "in data 26.03.2008 ho un appuntamento col dott. _____, che si esprimerà al riguardo ." (doc. X). Dagli atti emerge che l'interessata, su richiesta del medico curante, aveva fissato un appuntamento per un consulto specialistico-reumatologico (doc. B). L'insorgente, malgrado il lungo tempo trascorso, non ha prodotto alcunché. Giova qui rammentare che la procedura dinanzi al Tribunale delle assicurazioni sociali è retta dal principio inquisitorio. Il Tribunale accerta d'ufficio, con la collaborazione delle parti, i fatti rilevanti per il giudizio, assume le prove necessarie e le apprezza liberamente ed il giudice delegato ha facoltà di ricorrere a mezzi probatori non indicati dalle parti o di rinunciare all'assunzione di mezzi probatori che le parti hanno notificato. E' dunque compito del giudice chiarire d'ufficio in modo corretto e completo i fatti giuridicamente rilevanti. Questo principio non è tuttavia incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare (DTF 125 V 195 consid.

E. 2

con riferimenti; RAMI 1994 pag. 211; AHI Praxis pag. 212; DLA 1992 pag. 113; MEYER, "Die Rechtspflege in der Sozialversicherung" in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989 pag. 12; SPIRA, "Le contentieux des assurances sociales fédérales et la procédure cantonale" in Recueil de jurisprudence Neuchâteloise (RJN) 1984 pag. 16; KURMANN, "Verwaltungsverfahren und Verwaltungspflege in erster Instanz" in Luzerner Rechtsseminar 1986, Sozialversicherungsrecht, Referat XII, pagg. 5 segg.). Questo obbligo comprende in particolare quello di motivare le pretese di cui le parti si avvalgono e quello di apportare, nella misura in cui può essere ragionevolmente richiesto da loro, le prove dettate dalla natura della vertenza o dai fatti invocati: in difetto di ciò esse rischiano di dover sopportare le conseguenze dell'assenza di prove (SVR 1995 AHV Nr. 57 pag. 164 consid. 5a; RAMI 1993 pagg. 158-159 consid. 3a; DTF 117 V 264 consid. 3b; SZS 1989 pag. 92; DTF 115 V 113; BEATI in: "Relazioni tra diritto civile e assicurazioni sociali", Lugano 1993, pag. 1 seg.). Su questi aspetti, si veda in particolare: DUC, Les assurances sociales en Suisse, Losanna 1995, pagg. 827-828 e LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 1997, pagg. 339-341, laddove quest'ultimo rileva che "besondere Bedeutung hat die Mitwirkungspflicht dann, wenn der Sachverhalt ohne Mitwirkung der betroffenen Person gar nicht (weiter) erstellt werden kann". L'obbligo di accertamento d'ufficio dei fatti, correlato dal dovere di collaborazione delle parti, non rende comunque privo d'efficacia il principio secondo cui l'onere della prova incombe alla parte che da un fatto deriva un suo diritto e del conseguente fardello in caso di mancata prova. L'art. 8 CC prevede infatti che, ove la legge non disponga altrimenti, chi vuol dedurre il suo diritto da una circostanza di fatto da lui asserita deve fornirne la prova. 12. In concreto, malgrado il lungo tempo trascorso dal 26 marzo 2008, la ricorrente non ha trasmesso al TCA nessun certificato medico. Ora, così come l'interessata si è premurata di informare questo Tribunale della visita che avrebbe effettuato presso il dr. med. _____, allo stesso modo, se il consulto le fosse stato favorevole, avrebbe dovuto trasmettere l'eventuale attestato rilasciato dallo specialista. Va comunque rilevato che viste le concludenti, convincenti ed illuminanti motivazioni dei periti del SAM contenute nel loro approfondito referto del 21 maggio 2007,

questo Tribunale non vede alcun motivo di procedere ad ulteriori accertamenti (cfr. a questo proposito, per quanto concerne il valore probatorio delle perizie il consid. 8) e neppure di rivolgersi al medico curante, dott. med. _____ (cfr. doc. V). Va qui rammentato che 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 Verwaltungsrechts-pflege 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). In queste condizioni il TCA rinuncia all'assunzione di ulteriori prove. Va infine rilevato che secondo costante giurisprudenza del TF, l'autorità giudicante deve limitare l'esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all'epoca in cui è stata resa la decisione impugnata, ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento (cfr. fra le tante: DTF 121 V 366 consid. 1b; 116 V 248 consid. 1a). Per cui eventuali peggioramenti riscontrati dopo l'emanazione della decisione impugnata non possono essere presi in considerazione nell'ambito della presente vertenza. 13. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI 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 fr. 200.-- sono poste a carico della ricorrente.

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