

## **TI\_GERICHTE 32.2008.164 vom 14. Juli 2008**

TI Tribunale d'appello, 2008-07-14, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2008.164](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2008.164)

FR: TI\_GERICHTE 32.2008.164 du 14 juillet 2008

IT: TI\_GERICHTE 32.2008.164 del 14 luglio 2008

### **Regeste**

Nuova richiesta di prestazioni AI respinta in quanto l'assicurata non ha reso verosimile un peggioramento del suo stato di salute. Dagli atti medici emerge che la situazione valetudinaria dell'interessata è rimasta stazionaria. Richiesta di assistenza giudiziaria

### **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.

#### **E. 2**

della Legge organica giudiziaria (cfr. STF H 180/06 e H 183/06 del 21 dicembre 2007; STFA I 707/00 del 21 luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). nel merito 2. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGGA, 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 (cpv. 2 dal 1° gennaio 2008) 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 LPGGA, 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). 3. 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). Se è fatta 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). Per quanto riguarda i requisiti formali, in caso di revisione su domanda dell'assicurato, quest'ultimo deve rendere verosimile che il grado d'invalidità ha subito una modifica rilevante (art. 87 cpv. 3 OAI). Se tale condizione non è soddisfatta l'amministrazione non entra nel merito della domanda emanando una decisione in tal senso; se per contro è resa verosimile una rilevante modifica suscettibile di influenzare il diritto alla rendita l'amministrazione è obbligata ad entrare nel merito della richiesta (sentenza dell'11 settembre 2008,

9C\_708/2007; DTF 130 V 64 consid. 3; DTF 117 V 198 consid. 4b; DTF 109 V 108 consid. 2b; SVR 2002 IV Nr. 10; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, Universitätsverlag Freiburg Schweiz, 2003, pag. 84-86; Valterio, Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations, Lausanne 1985, pag. 270). Come nel caso di nuova domanda (DTF 130 V 71), anche nell'ambito di una revisione della rendita (su richiesta o d'ufficio), il punto di partenza per la valutazione di una modifica (e, quindi, di conseguenza anche per l'esame di verosimiglianza) del grado di invalidità suscettivo di incidere notevolmente sul diritto alla prestazione è dato, dal profilo temporale, dall'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi (DTF 133 V 108). Nella sentenza, pubblicata in DTF 130 V 64, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale) ha precisato che nel caso in cui l'assicurato non ha reso verosimile un rilevante cambiamento, il principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, non risulta essere applicabile. Solo se nella nuova domanda di rendita (rispettivamente domanda di revisione) l'assicurato non rende verosimile la rilevante mutazione, facendo tuttavia riferimento a mezzi di prova, segnatamente rapporti medici, non ancora prodotti o da richiedere dall'amministrazione, quest'ultima deve impartire all'interessato un termine per produrre il mezzo di prova in questione con l'avvertenza che in caso contrario non entrerà nel merito della domanda (DTF 130 V 69 consid. 5.2.5). Se infine l'assicurato interpone ricorso alla decisione di non entrata in materia, il giudice esamina solo se l'amministrazione ha rifiutato di entrare in materia a buon diritto. Se invece essa ha accettato di esaminare la nuova richiesta, il giudice non si pronuncia sulla questione dell'entrata in materia, ma esamina materialmente se la modifica delle circostanze resa attendibile dall'assicurato è effettivamente avvenuta (SVR 2002 IV Nr. 10 consid. 1b; DTF 116 V 265 consid. 2a; RCC 1991 pag. 269 consid. 1a). La giurisprudenza sopra menzionata va applicata anche dopo l'entrata in vigore della LPGA il 1° gennaio 2003 e il nuovo tenore dell'art. 87 OAI valido dal 1° marzo 2004 (STFA dell'8 marzo 2006 nella causa J. [I 734/05]). 4. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. consid. 3b, I 148/98; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: "(...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata

da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b) Secondo la giurisprudenza del TFA questi principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99, del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza pubblicata in DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme provoca un'incapacità di guadagno duratura. Tali criteri sono stati così riassunti dal TFA in un'altra sentenza del 23 aprile 2004, in lingua italiana, nella causa N. (I 404/03), nella quale il TFA si è così espresso: " 6.2. A determinate condizioni, anche un disturbo da dolore somatoforme - rientrando nella categoria delle affezioni psichiche, per le quali l'allestimento di una perizia psichiatrica si rende normalmente necessario al fine di stabilirne le ripercussioni economiche - può causare una incapacità lavorativa (cfr. sentenza del 12 marzo 2004 in re N., I 683/03, consid. 2.2.2, destinata alla pubblicazione nella Raccolta ufficiale [ndr.: pubblicata in DTF 130 V 352]). Secondo giurisprudenza, ancora recentemente confermata, un disturbo somatoforme da dolore persistente non è tuttavia, di regola, atto a determinare, in quanto tale, una limitazione duratura della capacità lavorativa suscettiva di dare luogo a un'invalidità ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3; Ulrich Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, San Gallo 2003, pag. 76 segg., in particolare pag. 81 seg.). Un'eccezione a questo principio entra in linea di conto soltanto in quei casi in cui il disturbo da dolore somatoforme presenta secondo gli accertamenti medici una gravità tale da rendere in pratica oggettivamente non più esigibile dalla persona assicurata lo sfruttamento della sua capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro oppure dove ciò risultasse insostenibile per la società (DTF 102 V 165; VSI 2001 pag. 225 consid. 2b con riferimenti; cfr. pure DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). Una simile inesigibilità, da ammettersi soltanto in casi eccezionali, presuppone tuttavia 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. A volte, la presenza di tali fattori permette di ritenere insormontabile il disturbo da dolore somatoforme (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e i riferimenti ivi citati; cfr. pure VSI 2000 pag. 155 consid. 2c). Da notare ancora che i fattori psicosociali o socioculturali non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (cfr. sentenza del 29 gennaio 2003 in re P., I 129/02, consid. 3.2, con riferimento ai principi sanciti in DTF 127 V 294). In tale contesto, l'esperto chiamato ad esprimersi deve, sul piano psichiatrico, porre una diagnosi nell'ambito

di una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Tenendo conto dei criteri esposti, egli deve così valutare l'esigibilità della ripresa, rispettivamente dell'estensione lavorativa da parte dell'assicurato (VSI 2000 pag. 155 consid. 2c)." Anche in un'altra sentenza I 702/03 del 28 maggio 2004 il TFA ha evidenziato che: " 5.2 In una recente sentenza, questa Corte ha avuto modo di precisare che una tale inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri qualificati quali (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") oppure (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e sentenza del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Ulrich Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.)." In una sentenza I 770/03 del 16 dicembre 2004, pubblicata in DTF 131 V 49, l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (v. Kopp/Willi/Klipstein, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). La nostra Massima Istanza in una sentenza I 873/05 del 19 maggio 2006, si è confermata nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibromialgia, rilevando: " (...) Ora, il Tribunale federale delle assicurazioni, in una recente sentenza 8 febbraio 2006 in re S. (I 336/04), destinata alla pubblicazione nella raccolta ufficiale (ndr.: pubblicata in DTF 132 V 65), ha stabilito che non vi è motivo per l'amministrazione e il giudice di rimettere in discussione la diagnosi di fibromialgia quand'anche essa sia tema di controversie negli ambienti medici. Ha poi precisato che la fibromialgia presenta numerose similitudini con i disturbi da dolore somatoforme, per cui si giustifica, dal profilo giuridico, e allo stato attuale delle conoscenze, di applicare per analogia i principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia di disturbi da dolore somatoforme qualora si tratti di valutare il carattere invalidante di una fibromialgia. Ciò significa che anche in presenza di fibromialgia si deve presumere che tale affezione o gli effetti della stessa possano essere sormontati

facendo gli sforzi personali ragionevolmente esigibili (cfr. DTF 131 V 50 (recte: 49)). Come in tema di disturbi da dolore somatoforme si deve comunque prendere in considerazione la possibile sussistenza di determinati fattori che, per la loro intensità e costanza, rendono la persona incapace di fare simili sforzi. I criteri suscettibili di giustificare una prognosi negativa sono i seguenti: la presenza di una componente psichiatrica importante per la sua gravità, la sua intensità e la sua durata, il perdurare di un processo morboso per più anni senza remissione durevole, l'esistenza di turbe croniche, il verificarsi di una perdita di integrazione sociale in tutte le manifestazioni della vita e la constatazione dell'insuccesso delle cure ambulatorie o stazionarie praticate secondo le regole dell'arte, questo nonostante l'attitudine cooperativa della persona assicurata. In presenza di una componente psichiatrica, si deve tener conto dell'esistenza di uno stato psichico cristallizzato risultante da un processo difettoso di risoluzione di un conflitto conferente comunque un sollievo dal profilo psichico (profitto tratto dalla malattia, fuga nella malattia). Infine, sempre come nel caso di disturbi da dolore somatoforme si deve concludere per l'assenza di un danno alla salute giustificante il diritto a prestazioni qualora le limitazioni legate all'esercizio di un'attività risultino da un'esagerazione dei sintomi. (...)” (STFA del 19 maggio 2006 nella causa O., I 873/05) In una sentenza 9C\_35/2007 del 4 aprile 2008, l'Alta Corte ha sottolineato: " (...) Quanto agli effetti invalidanti della fibromialgia, invocati con il ricorso e negati nel caso di specie dal primo giudice sulla scorta della valutazione del Servizio X. \_\_\_\_\_, basta il rilievo che, in analogia a quanto stabilito in materia di disturbo somatoforme da dolore persistente, la malattia non è di regola atta a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettiva di cagionare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI e che comunque le condizioni per eccezionalmente ammettere una siffatta ipotesi non sono certamente date in concreto in assenza di una comorbidità psichiatrica importante (in casu: sintomatologia depressiva descritta in totale regressione) e in presenza di una (chiara) tendenza all'esagerazione riscontrata dal dott. J. \_\_\_\_\_ (DTF 132 V 165 consid. 4.2.1 e 4.2.2 pag. 70 seg.; 131 V 49 consid. 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). 5. Nel caso concreto dopo la richiesta di prestazioni AI del 21 giugno 2002 (doc. AI 1), sfociata, vista la perizia del dr. med. \_\_\_\_\_, malattie reumatiche, fisioterapia e riabilitazione FMH, del 18 agosto 2003 (doc. AI 24-1) e del dr. med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, del 15 marzo 2004 (doc. AI 31-1), nella decisione del 17 gennaio 2005 di assegnare un quarto di rendita dal 1° agosto 2001 (doc. AI 45-1 e seguenti), soppressa con la decisione di riconsiderazione del 14 maggio 2007 in seguito ad un nuovo calcolo del grado d'invalidità, l'UAI ha rifiutato di concedere una nuova rendita poiché nel frattempo lo stato di salute dell'insorgente non sarebbe peggiorato. Il TCA rileva innanzitutto che all'epoca dell'assegnazione di un quarto di rendita d'invalidità l'amministrazione ha fatto capo alle perizie del dr. med. \_\_\_\_\_ del 18 agosto 2003 (doc. AI 24-1) e del dr. med. \_\_\_\_\_ del 15 marzo 2004 (doc. AI 32-1), da cui emerge un'incapacità al lavoro del 50% nella precedente attività di donna delle pulizie e del 15-20% in altre attività confacenti al suo stato di salute. In particolare il dr. med. \_\_\_\_\_, poste le diagnosi di sindrome

lombospondilogeno residuale a destra in stato dopo emilaminectomia destra e microdiscectomia L4/L5 per ernia discale con sindrome radicolare L5 leggermente deficitaria (22.10.2000) con/da turbe statiche modiche (lieve tenuta scoliotica sinistro-convessa; moderato raddrizzamento della cifosi toracale), alterazioni degenerative lombari: condrosi L4/5 ed L5/S1 con spondilartrosi, ha concluso affermando che “ la capacità funzionale residuale limita la paziente nel suo lavoro di donna delle pulizie nella misura del 50% (rendimento ridotto) in forma definitiva (a partire dal 4° mese dopo l'intervento avvenuto il 22.10.2000) .”, mentre “ per un'attività lavorativa che possa rispettare la capacità funzionale attuale secondo le indicazioni sotto il punto 5 la paziente non presenta invece alcun limite della capacità lavorativa .” (doc. AI 24-8). Da parte sua il dr. med. \_\_\_\_\_, posta la diagnosi di reazione depressiva prolungata (ICD-10:F43.21) nell'ambito di una sindrome da disadattamento, problemi nella relazione col coniuge (ICD-10:Z63.0) e problemi correlati alle circostanze economiche (ICD-10:Z59) ha affermato che “ da un punto di vista psichiatrico l'attuale capacità lavorativa della perizianda, a mio giudizio, è valutabile al 80-85%. La prognosi non appare sfavorevole per quanto concerne un eventuale riduzione della capacità di lavoro della perizianda .” (doc. AI 32-5). Il perito ha inoltre evidenziato come “ la perizianda, solo dal mese di agosto/settembre 2003 (dato anamnestico), presenta una sintomatologia depressiva con tratti somatoformi come conseguenza di eventi di vita stressante (dolore fisico con intervento neurochirurgico, licenziamento, abuso etilico e la disoccupazione del coniuge, problemi d'ordine finanziario); questa psicopatologia, già di per sé non di gravità estrema, è, da qualche mese, nientemeno che in fase di miglioramento .” Infine il perito ha evidenziato come questi disturbi psichici “ compromettono nella misura del 15-20% la sua capacità lavorativa in qualsivoglia attività lavorativa (non cumulabile con quella decretata dal perito reumatologo) ” e alla questione di sapere se l'assicurata è in grado di svolgere altre attività, lo specialista ha affermato che “ dal lato psichico si ”. (doc. AI 32-6). Il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_, il 28 maggio 2004 ha affermato che “ entrambi i periti concordano nel ritenere che l'A. abbia una CL residua, nei limiti posti dal reumatologo che tiene conto della diminuita caricabilità della colonna. La patologia psi è ritenuta poco influente e la descrizione dello status psichico e dell'anamnesi giustifica questa valutazione. Le perizie sono ben fatte e coerenti nelle loro conclusioni. Non ci sono altre patologie influenti sulla CL ” (cfr. valutazione dr. med. \_\_\_\_\_ del 28 maggio 2004, doc. AI 34-1/2). Successivamente, nell'ambito della procedura di riconsiderazione avviata nel corso del mese di agosto 2006, la ricorrente ha prodotto ulteriore documentazione medica (doc. AI 74-1 e seguenti). In particolare è stato trasmesso un certificato del 22 settembre 2006 della dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH medicina interna, da cui emerge: “ (...) La paziente presenta in anamnesi un intervento chirurgico a livello L4 L5, alla quale sono seguite, quale complicazione, delle alterazioni cicatriziali dalla parte destra, che comportano sindrome lombovertebrale cronica con irradiazioni pseudo radicolari dei metameri citati, sempre sull'emisoma destro, in aggravamento. La paziente deve essere aiutata in fase acuta dalla figlia. La paziente soffre inoltre pansinusiti recidivanti complicate da insufficienza respiratoria parziale su sindrome discendente, insieme a un'affezione dermatologica che ha determinato un'inabilità lavorativa completa per il mese di marzo scorso. Ultimo controllo dallo specialista Dr. Med. \_\_\_\_\_ nello scorso giugno 2006. Nel corso del mese di aprile 2005 la paziente è stata ricoverata in urgenza per una depressione reattiva acuta (alla situazione familiare e clinica) che è a tutt'oggi in trattamento specialistico medicamentoso ed è in aggravamento. Da segnalare che la paziente è in cura da un medico specialista in

reumatologia nella persona che è la Dr.ssa \_\_\_\_\_, che con diverse infiltrazioni ha tentato di ripristinare la situazione della paziente almeno da un punto di vista lavorativo parziale. Appare evidente che come donna delle pulizie la paziente non ha la possibilità di reintraprendere una capacità lavorativa completa e che probabilmente anche in misura parziale si ha un'evidente riduzione del rendimento. Viste però le cognizioni scolastiche e linguistiche della paziente è difficile pensare ad un'eventuale riformazione professionale. Da segnalare che la paziente ha sempre tentato in ogni caso di riprendere l'attività lavorativa in modo completo, rinunciando successivamente a causa dei dolori insorti. Quando la paziente effettuava un tentativo di tipo gravoso la stessa si presentava poi nella studio medico alla ricerca di farmaci antinfiammatori per via parenterale. Vista l'importante problematica di tipo osteoarticolare, in associazione anche a una depressione reattiva grave a tutta la situazione sia familiare che clinica, riconfermo senz'altro che la paziente è sicuramente inabile al lavoro in misura totale per qualsiasi lavoro di tipo gravoso, ma anche per lavori di tipo non gravoso ed in misura parziale, la paziente, visto il decorso sfavorevole della sua situazione clinica.” (doc. AI 74-3) II

## **E. 6**

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 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). 7. 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 di specie si tratta pertanto della decisione di riconsiderazione della rendita del 14 maggio 2007, dove è stata accertata un'incapacità lavorativa del 50% nella precedente attività svolta di donna delle pulizie e del 20% in attività confacenti al suo stato di salute (doc. AI 85-2). Questa decisione è stata presa fondandosi sulle perizie del dr. med. \_\_\_\_\_, malattie reumatiche, fisiatria e riabilitazione FMH, del 18 agosto 2003 (doc. AI 24-1) e del dr. med. \_\_\_\_\_ specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, del 15 marzo 2004 (doc. AI 31-1), nonché sulle successive prese di posizione del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_ e della documentazione prodotta dalla ricorrente nel corso delle precedenti procedure. Il dr. med. \_\_\_\_\_ poste le diagnosi di sindrome lombospondilogenica residuale a destra in stato dopo emilaminectomia destra e microdiscectomia L4/L5 per ernia discale con sindrome radicolare L5 leggermente deficitaria (22.10.2000) con/da turbe statiche modiche (lieve tenuta scoliotica sinistro-convessa; moderato raddrizzamento della cifosi toracale), alterazioni degenerative lombari: condrosi L4/5 ed L5/S1 con spondilartrosi, ha concluso per una capacità lavorativa del 50% nella precedente attività ed una capacità lavorativa totale in attività leggere (doc. AI 24-8), mentre il dr. med. \_\_\_\_\_, posta la diagnosi di reazione depressiva prolungata (ICD-10:F43.21) nell'ambito di una sindrome da disadattamento, problemi nella relazione col coniuge (ICD-10:Z63.0) e problemi correlati alle circostanze economiche (ICD-10:Z59) ha affermato che " da un punto di vista psichiatrico l'attuale capacità lavorativa della perizianda, a mio giudizio, è valutabile al 80-85%. La prognosi non appare sfavorevole per quanto concerne un eventuale riduzione della capacità di lavoro della perizianda ." (doc. AI 32-5). La valutazione è stata confermata dal medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_ (doc. AI 34-1). Come visto l'interessata ha prodotto nuova documentazione nel corso della procedura di riconsiderazione del diritto alla rendita. In particolare la curante, dr.ssa \_\_\_\_\_ FMH medicina interna, per quanto concerne l'aspetto reumatologico ha ribadito la presenza di un intervento chirurgico a livello L4/L5 alla quale sono seguite delle alterazioni cicatriziali della parte destra, che comportano sindrome lombovertebrale cronica con irradiazioni pseudo radicolari dei metameri citati, sempre sull'emisoma destro, in aggravamento, mentre dal punto di vista psichico ha evidenziato il ricovero d'urgenza avvenuto nel corso del mese di aprile 2005 a causa di una depressione reattiva acuta, in trattamento specialistico medicamentoso ed in aggravamento (doc. AI 74-3). A questo proposito il dr. med. \_\_\_\_\_ ha affermato che il ricovero è avvenuto a causa della presenza di una sindrome mista ansio-depressiva curata nel corso della degenza dal consulente Dr. \_\_\_\_\_, ciò che ha portato ad un miglioramento della sintomatologia e della forza psichica (doc. AI 76-10). Anche la nuova documentazione è stata valutata dal dr. med. \_\_\_\_\_ medico SMR, il quale ha confermato l'assenza di qualsiasi peggioramento (doc. AI 78-1). La successiva decisione del 14 maggio 2007 è cresciuta incontestata in giudicato. In concreto l'insorgente, chiamata a dimostrare che rispetto all'ultima decisione del 14 maggio 2007, vi è stato un peggioramento del suo stato di salute, non ha reso verosimile una modifica della sua situazione valetudinaria tale da incidere sulla capacità lavorativa nella precedente o in altre attività. Innanzitutto, per quanto concerne la patologia psichica, la curante (cfr., a proposito del valore probatorio delle valutazioni dei medici curanti, consid. 5: 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; cfr. DTF 125 V 353), dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH in medicina interna e che pertanto non è specialista in psichiatria e psicoterapia, segnala la

presenza di uno stato depressivo a componente mista reattiva ed endogena, accompagnata da crisi di panico – sindrome somatoforme, senza peraltro utilizzare i criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. a questo proposito la sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007). Una patologia psichica simile era già stata diagnosticata e presa in considerazione dal perito, dr. med. \_\_\_\_\_ (“ reazione depressiva prolungata (ICD-10:F43.21) nell’ambito di una sindrome da disadattamento, problemi nella relazione col coniuge (ICD-10:Z63.0) e problemi correlati alle circostanze economiche (ICD-10:Z59)”); l’interessata “ presenta una sintomatologia depressiva con tratti somatoformi ”, doc. AI 32-5). Inoltre, dal referto del dr. med. \_\_\_\_\_, relativo all’ultima degenza presso la \_\_\_\_\_ nel corso del 2007, emerge una situazione non molto differente da quella già evidenziata al momento della degenza avvenuta nel 2005. Innanzitutto in entrambi i casi è stata posta la diagnosi di sindrome ansioso-depressiva con, nel 2007, l’aggiunta di un episodio di iperventilazione nel frattempo, tuttavia, guarito. In secondo luogo nel referto del 2007 figura che l’interessata è “ molto preoccupata per i suoi problemi familiari ” (doc. AI 103-12), così come in quello del 2005 risultava che “ la paziente viene ricoverata per problemi coniugali severi e sindrome mista ansio depressiva ” (doc. AI 76-10, già presente dal 1999, cfr. doc. AI 8-1, certificato del dr. med. \_\_\_\_\_: “ stati depressivi reattivi a difficile situazione coniugale ” dal 1999). Come nel 2005, anche nel 2007, la ricorrente è stata seguita dal dr. med. \_\_\_\_\_ FMH in psichiatria (cfr. doc. AI 76-10: “ durante la degenza essa viene seguita dal nostro psichiatra in consulenza Dr. \_\_\_\_\_ che adatta la terapia farmacologica ” e doc. AI 103-12:” Abbiamo deciso in accordo con la paziente di farla seguire dal Dott. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria, che già la conosceva (...)”). Infine, in entrambi i casi, grazie alla degenza, la situazione è migliorata (doc. AI 76-10: “ durante la degenza osserviamo un miglioramento della sintomatologia e della forza psichica ” e doc. AI 103-12: “(...) e che l’ha visitata regolarmente introducendo in terapia un inibitore della ricaptazione della serotonina con miglioramento della sintomatologia depressiva .”). Giustamente il dr. med. \_\_\_\_\_, medico SMR, che ha letto le valutazioni precedenti e le ha confrontate con i rapporti ricevuti successivamente, tenendo conto di quanto vi è scritto (doc. AI 111-1), ha affermato che dal punto di vista psichico non vi è un peggioramento anche perché dal rapporto d’uscita della \_\_\_\_\_ emerge che “ la situazione si è risolta in breve tempo .” (doc. AI 105-1). Anche per quanto concerne l’aspetto reumatologico il medico SMR ha evidenziato come persiste la diagnosi di lombalgia aspecifica a destra, già diagnosticata e presa in considerazione dal perito, dr. med. \_\_\_\_\_ (sindrome lombospondilogenica residuale a destra in stato dopo emilaminectomia destra e microdiscectomia L4/L5 per ernia discale con sindrome radicolare L5 leggermente deficitaria [22.10.2000] con/da turbe statiche modiche [lieve tenuta scoliotica sinistro-convessa; moderato raddrizzamento della cifosi toracale], alterazioni degenerative lombari: condrosi L4/5 ed L5/S1 con spondilartrosi). Certo, la RM del 7 settembre 2007 documenta una “ possibile espressione di piccola formazione erniaria ” che tuttavia, come rileva il medico SMR, è “ compatibile con i limiti funzionali dati nella perizia reumatologica del 2003 ” (doc. AI 105-1). Ciò è comprovato dal fatto che il perito, il 18 agosto 2003, aveva indicato che “ la paziente può sollevare e trasportare carichi in misura normale solo fino a 5 kg ed in forma ridotta fino a 10 kg mentre non può portare pesi superiori a 10 kg. Il lavoro a braccia elevate è esigibile in forma lievemente ridotta. Può effettuare movimenti ripetitivi di flessione/estensione o di rotazione con il tronco solo in forma ridotta. La posizione seduta o eretta può essere assunta fino ad un massimo di due ore senza interruzione ” (doc. AI 24-8, sottolineature del redattore), mentre la medesima

curante, il 29 febbraio 2008 indica la possibilità di portare pesi fino a 15 kg (“ Non può sollevare pesi superiori ai 15 kg per un tempo limitato, dolori nelle fasi acute ”; doc. AI 103-5) oltre a difficoltà nell’assumere la stazione eretta dalla stazione seduta. Non emergono pertanto sostanziali differenze tra le valutazioni del perito e della curante neppure dal punto di vista reumatologico, come del resto confermato dal medico SMR. Per quanto concerne le sinusiti recidivanti, citate dalla curante e che hanno portato la ricorrente a subire un intervento chirurgico, nel 2004, va evidenziato come il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH ORL e chirurgia facciale, già il 6 novembre 2006 ha affermato che “ il decorso è stato francamente molto favorevole, solo nella scorsa primavera la paziente ha lamentato durante due mesi una sintomatologia rinitica persistente nell’ambito d’una diatesi allergica pollinica senza patologie endonasali maggiori. E’ necessaria unicamente una terapia “preventiva” primaverile con corticoidi topici endonasali o antiallergici per os al fine di prevenire questa sintomatologia ” (doc. AI 75-2). Non risulta infine che le ulteriori patologie segnalate dalla curante nei suoi referti del 26 novembre 2007 e del 29 febbraio 2008 (tra cui la vestibulopatia periferica di tipo cronico, sintomatica con eziologia non chiara, episodi presincopali recidivanti e nausea persistenti, problematiche a livello gastrointestinale, emicrania senza aura), del resto non facenti parte delle diagnosi principali al momento del ricovero nel settembre 2007 presso la \_\_\_\_\_ (doc. AI 103-11), abbiano avuto un’influenza duratura sulla capacità lavorativa dell’interessata. Come rileva il dr. med. \_\_\_\_\_, non portano ulteriori limitazioni né l’ipertensione arteriosa, del resto trattata, né l’asma, non documentata, ma trattabile con successo (doc. AI 105-1). Non va poi dimenticato che la medesima curante, dr.ssa med. \_\_\_\_\_ nel rapporto del 29 febbraio 2008 ha attestato che l’asserito peggioramento va fatto risalire al 1° maggio 2004 (doc. AI 103-9) ossia un periodo anteriore alla decisione di riconsiderazione cresciuta incontestata in giudicato. Inoltre, per quanto concerne l’inabilità lavorativa quale cameriera ai piani e ausiliaria di pulizia, la dr.ssa \_\_\_\_\_ ha certificato un grado del 50%, sempre dal 1.5.2004, “ in maniera continuativa ” (doc. AI 103-4). Ciò a comprova che lo stato di salute della ricorrente è rimasto stazionario. Per cui le conclusioni cui è giunto il medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_ che ha attentamente letto ed esaminato le valutazioni precedenti e le ha raffrontate con i rapporti ricevuti successivamente, devono essere confermate. R ammentate le considerazioni generali che si impongono sul tema dell’attendibilità delle certificazioni dei medici curanti degli assicurati (cfr. in proposito consid. 6; il giudice deve tener conto del fatto che il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente), va ribadito come le attestazioni della dr.ssa \_\_\_\_\_ sono state prese in considerazione dal medico SMR, il quale ha indicato i motivi per i quali non vi è stato alcun peggioramento dello stato di salute della ricorrente. 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) Visto quanto sopra, questo Tribunale condivide le affidabili e concludenti valutazioni del medico SMR, dr. med. \_\_\_\_\_ (cfr. più in generale sul valore probatorio dei rapporti interni del SMR la sentenza I 143/07 del 14 settembre 2007, consid. 3.3; cfr. pure la sentenza 9C\_376/2007 del 13 giugno 2008), il quale segue il caso sin dal 2002 (doc. AI 20-1) ed 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 documentazione agli atti il medico ha concluso per un grado di capacità lavorativa medico-teorica globale dell'assicurata per la professione svolta valutabile nella misura del 50% e del 20% in attività confacenti al suo stato di salute, come in precedenza (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, nonché doc. AI 57-1, 78-1, 81-1, 105-1). 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. In queste condizioni, viste le chiare risultanze mediche, la richiesta di allestire una perizia pluridisciplinare, così come quella di sentire in qualità di teste la curante, dr.ssa. med. \_\_\_\_\_ va respinta (cfr. a questo proposito la sentenza U 397/05 del 24 gennaio 2007, consid. 3.3). Rammentato che con la risposta di causa l'UAI ha prodotto l'intero incarto AI della ricorrente, questo Tribunale rinuncia all'assunzione di ulteriori prove (doc., testi, perizia pluridisciplinare, ecc., cfr. doc. I). Va a questo proposito rilevato 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 Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechts-pflege, 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). Visto quanto sopra, sulla base delle affidabili e concludenti valutazioni 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. 8. In secondo luogo la ricorrente sostiene che l'UAI non avrebbe proceduto ad un corretto raffronto dei redditi per il calcolo del grado d'invalidità. Va qui innanzitutto evidenziato che l'insorgente non ha impugnato la decisione del 14 maggio 2007 tramite la

quale l'amministrazione ha calcolato il grado d'invalidità (doc. AI 85-1). La decisione è pertanto cresciuta incontestata in giudicato e l'assicurata non può ora contestare quel calcolo. L'insorgente chiede tuttavia una revisione del calcolo della rendita giacché sarebbe stato eseguito senza tener conto del mondo reale del lavoro, poiché mentre il reddito da valido ha subito un aumento di fr. 300, quello, statistico, da invalido, nel medesimo periodo, ha subito un aumento di fr. 2'796. L'interessata rimprovera all'UAI di non aver fatto capo ai redditi aggiornati dall'anno 2006 e di non aver riconsiderato la possibilità che " i fattori di riduzione allora applicati, fossero ora da rivedere ". Inoltre chiede l'applicazione di quei " correttivi " che si giustificano nella fattispecie e in particolare " andava esaminato se il reddito da valido che conseguiva e avrebbe conseguito la ricorrente era o meno inferiore al salario medio nazionale ." (doc. I). A questo proposito va rammentato che in una sentenza pubblicata in DTF 133 V 545 l'Alta Corte, circa la notevole modifica del grado d'invalidità quale condizione di revisione, ha stabilito che per le rendite dell'assicurazione invalidità, anche una modifica di poco conto nello stato di fatto determinante può dar luogo a una revisione se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di una soglia minima (consid. 6 con riferimenti a dottrina e giurisprudenza). La revisione si occupa di modifiche nella situazione personale della persona assicurata (stato di salute, fattore economico). Modifiche di poco conto dei dati statistici non giustificano per contro una revisione di una rendita d'invalidità, nemmeno se a seguito di queste modifiche il valore soglia viene superato (per eccesso o per difetto; precisazione della giurisprudenza; consid. 7): "

#### **E. 6.1**

Eine Revision der Invalidenrente setzt voraus, dass sich der Invaliditätsgrad erheblich ändert ( Art. 17 Abs. 1 ATSG ). Sie kann nicht nur bei einer Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch bei einer Veränderung der erwerblichen Komponente erfolgen. Geht man mit der Beschwerdeführerin beim neuen Einkommensvergleich wie bei demjenigen gemäss Verfügung vom 22. September 2003 vom Wert gemäss der Tabelle TA1 "Total Privater Sektor" der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) aus, so ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 59,7 % gegenüber 59,45 % in der ursprünglichen Verfügung. Die absolute Änderung von 0,25 % ist als solche nicht erheblich. Sie würde sich allerdings rentenwirksam auswirken, indem sich auf Grund der Rundungsregeln (vgl. BGE 130 V 121 E. 3.3 S. 123 f.) neu ein Invaliditätsgrad von 60 % anstatt 59 % ergäbe und damit eine Dreiviertelsrente an Stelle einer halben Rente resultierte. Fraglich und zu entscheiden ist, ob eine absolut gesehen geringe Änderung des Invaliditätsgrades, die sich aber rentenwirksam auswirken würde, "erheblich" im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG ist.

#### **E. 6.2**

Bei den prozentgenauen Renten (Unfallversicherung nach UVG, Militärversicherung) wird Erheblichkeit einer Änderung angenommen, wenn sich der Invaliditätsgrad um 5 % ändert (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts U 267/05 vom 19. Juli 2006, E. 3.3; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, N. 15 zu Art. 17 ATSG ; JÜRIG MAESCHI, Kommentar zum Militärversicherungsgesetz, Bern 2000, N. 15 f. zu Art. 44 MVG ). In der Invalidenversicherung, wo die Rente abgestuft nach gewissen Schwellenwerten bemessen wird ( Art. 28 Abs. 1 IVG ), galt unter aArt. 41 IVG als Anlass zur Rentenrevision jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 343 E. 3.5; Urteile des Eidg.

Versicherungsgerichts I 708/03 vom 3. Januar 2005, E. 3; I 238/02 vom 20. März 2003, publ. in: SVR 2003 IV Nr. 25 S. 76). Demgemäss konnte auch eine Änderung des Invaliditätsgrades von beispielsweise 2 % Anlass zu einer Revision geben, wenn dadurch die Schwelle zu einer höheren oder tieferen Rente überschritten wurde (vgl. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 571/03 vom 9. Januar 2004, E. 3.1).

### **E. 6.3**

Art. 17 ATSG wollte an der bisherigen Rechtsprechung nichts ändern (BGE 130 V 343 E. 3.5.4 S. 352). Dafür spricht nebst der historischen (KIESER, ATSG-Kommentar, N. 1, 7 und 8 zu Art. 17 ATSG ) auch die systematische Auslegung: Während Abs. 1 von Art. 17 auf die erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades abstellt, verlangt Abs. 2 eine erhebliche Änderung des Sachverhalts. Daraus lässt sich folgern, dass im Rahmen von Abs. 1 keine erhebliche Änderung des Sachverhalts verlangt ist, sondern eine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades auch dann genügt, wenn sie auf eine geringfügige Änderung des Sachverhalts zurückzuführen ist; dabei kann Erheblichkeit - resultatbezogen - bereits dann angenommen werden, wenn die prozentuale Veränderung zwar nicht gross ist, aber zum Überschreiten des Schwellenwertes führt. Auch die Lehre bejaht mehrheitlich eine Revision bei geringfügigen Änderungen des Invaliditätsgrades, sofern sie rentenrelevant sind (KIESER, ATSG-Kommentar, N. 15 zu Art. 17 ATSG ; Kieser, in: Schaffhauser/Schlauri, Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, S. 57 f.; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl., Bern 2003, S. 255 Rz. 9; Jean-Louis Duc, L'assurance-invalidité, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2. Aufl., S. 1496 Fn. 335; jedoch kritisch gegenüber Revisionen bei geringfügigen Änderungen namentlich der nicht-gesundheitlichen Faktoren Franz Schlauri, Die Militärversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2. Aufl., S. 1117).

### **E. 7**

Nach dem Gesagten ist daran festzuhalten, dass im Rahmen von Art. 17 Abs. 1 ATSG bei den auf Schwellenwerten beruhenden Renten der Invalidenversicherung auch eine geringfügige Änderung des Sachverhalts Anlass zu einer Revision geben kann, sofern sie zu einer Überschreitung des Schwellenwertes führt.

#### **E. 7.1**

Dabei bedarf es der folgenden Differenzierung: Das Institut der Revision ist von seinem Sinn und Zweck her zugeschnitten auf Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person. Dazu gehören nebst den gesundheitlichen Umständen auch die erwerbsmässigen Faktoren, wenn sie sich im konkreten Fall ändern. Vorliegend ist die Änderung des Invaliditätsgrades jedoch nicht auf Veränderungen im konkreten Umfeld der versicherten Person zurückzuführen, sondern allein auf eine Änderung in den statistischen Gegebenheiten, indem die statistischen LSE-Tabellenlöhne TA1 ("Total Privater Sektor", Anforderungsniveau 4 Frauen) zwischen 2002 und 2004 weniger stark zugenommen haben als der Nominallohnindex, auf welchem die Aufrechnung des hypothetischen Valideneinkommens beruht, und zudem der Tabellenlohn im Jahre 2004 nicht mehr auf 41,7, sondern nur noch auf 41,6 Stunden umgerechnet wird. Derartige rein extern verursachte Veränderungen widerspiegeln nicht persönliche Verhältnisse der versicherten Person, sondern allgemeine wirtschaftliche Entwicklungen, mit denen Gesunde wie Invalide stets rechnen müssen (vgl. SCHLAURI, a.a.O., S. 1117).

## E. 7.2

Hinzu kommt das praktische Problem, dass Änderungen der genannten Art alle zwei Jahre beim Erscheinen neuer LSE-Werte auftreten können. Würde dies allein als Revisionsgrund genügen, so wären grundsätzlich alle zwei Jahre sämtliche Renten, die im Grenzbereich eines Schwellenwertes liegen, daraufhin zu überprüfen, ob sich auf Grund der geänderten statistischen Daten der Invaliditätsgrad erheblich geändert hat. Es liegt auf der Hand, dass dies zu einem unverhältnismässigen Aufwand führen würde. Würde eine solche Überprüfung nur bei besonderem Anlass vorgenommen (zum Beispiel wenn wie hier eine Änderung des Gesundheitszustandes beantragt und untersucht wird), so entstünde die Gefahr einer rechtsungleichen Behandlung, ebenso wenn die Änderung nur auf Antrag erfolgte. Zudem liesse sich so möglicherweise der Aufwand nicht entscheidend verringern, weil damit zu rechnen wäre, dass Versicherte systematisch solche Anträge stellen würden.

## E. 7.3

Die Rechtsprechung ist deshalb dahingehend zu präzisieren, dass geringfügige Änderungen allgemeiner statistischer Daten, die ausserhalb des Umfelds der versicherten Person liegen, nicht zu einer Revision von Invalidenrenten führen, selbst wenn durch solche Veränderungen der Schwellenwert über- oder unterschritten würde. Dies gilt gleichermassen für die Begründung oder Erhöhung eines Rentenanspruchs wie für eine Reduktion oder Aufhebung. Im Durchschnitt ändert eine solche Praxis nichts zu Gunsten oder zu Ungunsten der Versicherten. Im Einzelfall wird sie sich freilich entweder zu Gunsten oder zu Ungunsten der versicherten Person auswirken; doch ist dies im Interesse einer praktikablen Handhabung in Kauf zu nehmen.“ Alla luce della citata giurisprudenza occorre concludere che laddove vi è una modifica, anche di poco conto, dello stato di fatto determinante, può essere effettuata una revisione della rendita, mentre modifiche di poco conto dei dati statistici non giustificano una revisione della rendita d’invalidità (cfr. sentenza del 20 agosto 2008, inc. 32.2007.259). Per cui laddove la ricorrente chiede una revisione della sentenza a causa dell’aggiornamento dei dati statistici, la sua richiesta va respinta. Non è neppure un motivo di revisione un eventuale errore di calcolo che avrebbe semmai dovuto far valere tramite un ricorso al TCA. D’altra parte questo Tribunale non può neppure procedere alla riconsiderazione della decisione del 14 maggio 2007, né imporre all’amministrazione di procedere in tal senso, poiché la riconsiderazione è una facoltà dell’UAI. Infatti il giudice non può modificare, mediante l’istituto della riconsiderazione, la precedente decisione. Egli violerebbe altrimenti il principio della riconsiderazione facoltativa, derivante dal potere discrezionale dell’amministrazione, che il giudice non può imporre (RCC 1985 pag. 58 consid. 3 [ZAK 1986 pag. 58 consid. 3] citata da Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 262 e da Müller, Die materiellen Vorraussetzungen der Rentenrevisione in der Invalidenversicherung, Friburgo 2003, pag. 98, nota 361 con riferimenti di giurisprudenza indicati, pag. 261). In applicazione del succitato principio, nel caso in cui l’amministrazione ha soppresso una rendita in via di revisione e non in via di riconsiderazione, il giudice non può rinviare all’Ufficio AI la causa per l’espletamento di accertamenti riguardanti i presupposti di una riconsiderazione (RCC 1986 pag. 623 [ZAK 1986 pag. 597] citata da Meyer-Blaser, op. cit., pag. 262 e da Müller, op. cit., pag. 99 nota 365). Abbondanzialmente, come si vedrà in seguito, va comunque rilevato che anche volendo aggiornare i redditi al 2006 e fino al 2008 e prendendo in considerazione tutti gli ultimi sviluppi giurisprudenziali e le ipotesi più favorevoli alla ricorrente, quest’ultima non potrebbe comunque beneficiare di alcuna rendita. 9. Per

quanto concerne il reddito da valido quale cameriera ai piani dagli atti emerge che nel 2006 l'interessata avrebbe conseguito fr. 3'200 per tredici mensilità (cfr. doc. AI 63-2), ossia fr. 41'600 annui, che aggiornati al 2007 ammontano a fr. 42'266 (+ 1,6%) e al 2008 a fr. 43'111 (+ 2%, cfr. stima trimestrale dell'evoluzione dei salari nominali, IV trimestre 2008, ultimo dato a disposizione, [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/it/index/themen/03/04/blank/key/lohnentwicklung/quartal.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/it/index/themen/03/04/blank/key/lohnentwicklung/quartal.html) ; nel 2009 il salario mensile ammonta a fr. 3'383, cfr. [www.l-gav.ch/italiano/vertrag.htm](http://www.l-gav.ch/italiano/vertrag.htm) ). Per quel che concerne il reddito da invalido, va ricordato che lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Con sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327) (...)". Con sentenza 8C\_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF ha lasciato aperta la questione a sapere se l'adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media ("deutliche Abweichung"). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV no. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell'8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007; cfr. inoltre, tuttavia, sentenza 9C-404/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 2.3: "Da der tatsächlich erzielte Verdienst von Fr. 53'365.- nicht deutlich unter dem Tabellenlohn von Fr. 55'640.- liegt, besteht nach der Rechtsprechung kein Anlass, vom Grundsatz abzuweichen und zu einer Korrektur zu schreiten (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, R. vom 30. September 2002, I 186/01, H. vom 7. Mai 2001, I 314/00, und K. vom 16. März 1998, I 179/97)", sottolineatura del redattore). Questa giurisprudenza è stata confermata con sentenza 9C\_83/2008 del 19 gennaio 2009. Utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 2006 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, la ricorrente, svolgendo nel 2006 una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato, cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario annuale lordo pari a fr. 50'277 (4'019 : 40 X 41.7 X 12; cfr. anche sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008), che ammonta a fr. 52'103 nel 2008 (+ 1,6% nel 2007 e + 2% nel 2008, cfr. salario da valido). Come visto l'assicurata, cameriera ai piani in un garni, con contratto collettivo, avrebbe potuto guadagnare fr. 43'111. Tale reddito si situa sotto la media dei salari svizzeri per un'attività equivalente (cfr. Tabella TA1 p.to 55 "alberghi e ristoranti", livello di

qualifica 4: fr. 3'513.-- : 40 X 41, 7 X

## E. 12

mesi = 41'396 che aggiornato al 2008 da un importo di fr. 42'899). Per cui non sono dati i presupposti per ridurre il salario da invalido di fr. 52'103 in applicazione della giurisprudenza di cui alla sentenza U8/7 del 20 febbraio 2008. Tenuto conto di un'esigibilità all'80% (fr. 41'682), l'interessata potrebbe pertanto conseguire un reddito di fr. 31'261 (41'682 - [41'682 : 100 X 25]). Questo reddito va raffrontato con il reddito da valido di fr. 46'494, per un tasso d'invalidità del 33%. Alla luce di tutto quanto sopra esposto, la decisione dell'UAI di non concedere alcuna rendita alla ricorrente va confermata.

10. L'assicurata contesta anche il rifiuto dell'UAI di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria in sede amministrativa. Con la decisione impugnata l'amministrazione ha respinto l'istanza poiché il patrocinio di un avvocato non sarebbe stato necessario. L'art. 37 cpv. 1 LPGA, prevede che la parte può farsi rappresentare, se non deve agire personalmente (ad esempio a sottoporsi ad una perizia medica, DTF 132 V 443), o farsi patrocinare nella misura in cui l'urgenza di un'inchiesta non lo escluda. Il capoverso 4 recita che, se le circostanze lo esigono, il richiedente può beneficiare di patrocinio gratuito (cfr. DTF 132 V 200). Già prima dell'entrata in vigore della LPGA, la giurisprudenza (vedi per l'assicurazione invalidità DTF 114 V 228, per l'assicurazione contro gli infortuni DTF 117 V 408 precisata con la DTF 125 V 32) aveva riconosciuto, senza imporre alcun limite temporale, il diritto al gratuito patrocinio nell'ambito della procedura amministrativa in materia di assicurazioni sociali, a condizione che fossero rispettati gli stessi presupposti applicabili nella procedura giudiziaria, ovvero il richiedente deve trovarsi nel bisogno, il patrocinio deve essere necessario o perlomeno indicato e le sue conclusioni non sembrano dover avere esito sfavorevole (cfr. DTF 125 V 202 consid. 4a e 372 consid. 5b, ambedue con riferimenti). Il TFA aveva peraltro sottolineato che le condizioni per la concessione del gratuito patrocinio dovevano essere valutate con rigore (cfr. SVR 2000 KV Nr. 2, consid. 4c, pag 6, in fine). Secondo la dottrina, il fatto che, rispetto all'art. 61 lett. f LPGA, l'art. 37 cpv. 4 LPGA utilizzi la formulazione "se le circostanze lo esigono", anziché quella "se le circostanze lo giustificano", significa che il legislatore ha inteso riprendere la giurisprudenza secondo la quale, quando il gratuito patrocinio viene richiesto nella procedura amministrativa, le relative condizioni devono essere esaminate in maniera rigorosa (Kieser, ATSG Kommentar, 2.a ed. Ginevra, Basilea, Zurigo 2009, ad art. 37, n. 22, pag. 504 e seguenti; cfr., d'altronde, FF 1999 3965). Per il resto, quali presupposti del gratuito patrocinio valgono l'indigenza del richiedente, la necessità del patrocinio e la probabilità di esito favorevole (cfr. FF 1999 3965). La concretizzazione delle singole condizioni ha luogo in analogia con i corrispondenti criteri applicabili nella procedura giudiziaria (cfr. Kieser, op. cit., ad art. 37, n. 22, pag. 504-505). In una sentenza I 928/05 del 4 dicembre 2006 in una vertenza relativa all'assicurazione invalidità, il TFA ha osservato che la necessità dell'assistenza di un avvocato durante la procedura amministrativa va riconosciuta solo in casi eccezionali e dipende dal tipo di problematiche che vengono trattate nella decisione impugnata. In quell'occasione l'Alta Corte ha negato la necessità dell'assistenza di un avvocato durante la procedura di opposizione sviluppando le seguenti considerazioni: " (...) 5.1 Was die von Vorinstanz und Verwaltung verweigerte unentgeltliche Verbeiständung im Einspracheverfahren anbelangt, so hat das kantonale Gericht zutreffend erwogen, dass der Gesuch stellenden Person ein unentgeltlicher Rechtsbeistand im Verwaltungsverfahren gemäss Art. 37 Abs. 4 ATSG nur bewilligt wird, wo die Verhältnisse es erfordern, im kantonalen Prozess dagegen bereits, wo die

Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f Satz 2 ATSG). Richtig ist auch, dass die Officialmaxime rechtfertigt, an die Voraussetzungen, unter denen eine anwaltliche Verbeiständung sachlich geboten ist, einen strengen Massstab anzulegen (BGE 125 V 36 Erw. 4b, 114 V 235 Erw. 5b); die anwaltliche Vertretung im Verwaltungsverfahren drängt sich nur in Ausnahmefällen auf (BGE 132 V 201 Erw. 4.1, 117 V 408 f. Erw. 5a, 114 V 238 Erw. 6). Verlangt werden qualifizierende, besondere Umstände. Dagegen kann nicht bereits aus dem Umstand, dass eine Recht suchende Person während des Verwaltungsverfahrens von einer Fürsorgebehörde betreut wurde, auf die fehlende Notwendigkeit einer anwaltlichen Vertretung im Einspracheverfahren geschlossen werden. Insoweit greift die Begründung der Vorinstanz zum ablehnenden Entscheid zu kurz. 5.2 Umgekehrt kann aber auch nicht bereits aufgrund der Tatsache, dass eine Rente - mithin eine finanzielle Leistung von in der Regel erheblicher Bedeutung - zur Diskussion steht, automatisch von einer notwendigen Verbeiständung ausgegangen werden. Wollte man bereits in diesem Umstand einen besonders schweren Eingriff in die Rechtsstellung des Versicherten erblicken, der regelmässig eine unentgeltliche Verbeiständung zur Folge hat, würde dies darauf hinauslaufen, dass eine solche in praktisch allen oder den meisten IV-Fällen zu gewähren wäre, was der gesetzlichen Regelung widerspräche (Urteil R. vom 8. November 2006, I 746/06). Es sind vielmehr die konkreten Umstände zu beurteilen. 5.3 Vorliegend hat die IV-Stelle ihre Leistungsverweigerung in einer ersten Verfügung vom 9. Januar 2004 zunächst damit begründet, dass die im Arztbericht von Frau Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 30. Dezember 2003 gestellte Diagnose weiterhin eine körperlich nicht belastende Tätigkeit ganztätig ermögliche, was nach wie vor ein rentenausschliessendes Einkommen zulasse. Auf anwaltliche Einsprache hin holte sie den zum Abklärungsbericht der Institution X. \_\_\_\_\_ vom 23. Juni 2003 abgefassten Zusatzbericht von Frau Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 28. April 2004 ein, worin eine psychiatrische Begutachtung empfohlen wurde, und hob die Verfügung deswegen auf (Einspracheentscheid vom 21. Juli 2004). Nach Eingang des psychiatrischen Berichtes von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 28. Januar 2005, worin auf das Fehlen eines psychischen oder psychosomatischen Gesundheitsschadens geschlossen wurde, erneuerte die Verwaltung ihre ablehnende Haltung mit Verfügung vom 7. Februar 2005. Aus medizinischer Sicht wies der Fall demnach weder nach Erlass der ersten noch der zweiten Verfügung besondere Schwierigkeiten auf. Auch sonst sind keine qualifizierten Umstände auszumachen. Es galt lediglich, die offenkundige Diskrepanz zwischen den medizinischen Berichten und jenem der Institution X. \_\_\_\_\_ zu erkennen und aufzugreifen, wozu die den Beschwerdeführer während des Verwaltungsverfahrens begleitende Fürsorgebehörde ohne weiteres in der Lage gewesen wäre. Der vorinstanzliche Entscheid, mit welchem die Notwendigkeit einer anwaltlichen Verbeiständung im Einspracheverfahren verneint wurde, ist somit im Ergebnis zu bestätigen. (...)“ (STFA del 4 dicembre 2006 nella causa F., I 928/05, consid. 5.1 e 5.2) Nella sentenza I 746/06 dell'8 novembre 2006 il TFA ha indicato i seguenti casi di applicazione della propria giurisprudenza: " (...) 3.2 Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat die Notwendigkeit einer unentgeltlichen Verbeiständung im Einspracheverfahren etwa bejaht in Fällen, wo sich die versicherte Person mit mehreren Arztberichten und Gutachten und einem Abklärungsbericht Haushalt auseinandersetzen und zu dem im Rahmen der gemischten Methode vorgenommenen Einkommensvergleich Stellung zu nehmen hatte (Urteil O. vom 27. April 2005 Erw. 7.3, I 507/04), oder wo die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sehr umstritten, die Einkommensberechnung in der Verfügung nicht nachvollziehbar und zudem weitere Einkommensbestandteile umstritten waren (erwähntes Urteil I 75/04 Erw. 3.3), oder

in einem Fall, in welchem sich der Versicherte während Jahren wiederholt und erfolglos an die Verwaltung gewandt hatte, ohne dass für die ausserordentlich lange Verzögerung fallbezogene Gründe ersichtlich waren (Urteil W. vom 12. Oktober 2004 Erw. 4.2, I 386/04). Verlangt werden somit qualifizierende, besondere Umstände. (...)“ (STFA dell’8 novembre 2006 nella causa R., I 746/06, consid. 3.2) Per un caso in cui, sempre in materia di assicurazione per l’invalidità, il TFA ha invece ammesso la necessità dell’assistenza di un avvocato per la procedura di opposizione visto che si trattava di applicare la giurisprudenza relativa alla sindrome da dolore somatoforme, cfr. la sentenza I 319/05 del 14 agosto 2006. A questo proposito, con sentenza dell’8 ottobre 2008 (inc., 32.2007.250), il TCA ha affermato: " “2.11.2. Nella presente fattispecie l’Ufficio AI – lasciata aperta la questione a sapere se la vertenza non fosse di primo acchito votata all’insuccesso – ha negato all’assicurata il diritto all’assistenza giudiziaria in sede amministrativa in quanto ha ritenuto – rientrando il caso nella casistica più consueta delle pratiche AI – non necessario o perlomeno non indicato l’intervento di un avvocato. Secondo questo Tribunale tali argomentazioni non sono in concreto sufficienti per escludere il diritto al gratuito patrocinio. Chiamata a pronunciarsi sui presupposti necessari per riconoscere il diritto all’assistenza giudiziaria in sede amministrativa, in particolare sulla necessità dell’assistenza di un avvocato “sachliche Gebotenheit des Beizugs eines Anwalts”, l’Alta Corte, in una sentenza I 911/06 del 2 febbraio 2007 si è confermata nella propria giurisprudenza e ha sviluppato le seguenti considerazioni: " (...) Hinsichtlich der sachlichen Gebotenheit der unentgeltlichen anwaltlichen Verbeiständung im Einspracheverfahren sind die Umstände des Einzelfalls, die Eigenheiten der anwendbaren Verfahrensvorschriften sowie die Besonderheiten des jeweiligen Verfahrens zu berücksichtigen. Dabei fallen neben der Komplexität der Rechtsfragen und der Unübersichtlichkeit des Sachverhalts auch in der Person des Betroffenen liegende Gründe in Betracht, wie etwa seine Fähigkeit, sich im Verfahren zurechtzufinden (Schwander, Anmerkung zu BGE 122 I 8, in: AJP 1996 S. 495). Falls ein besonders starker Eingriff in die Rechtsstellung des Bedürftigen droht, ist die Verbeiständung grundsätzlich geboten, andernfalls bloss, wenn zur relativen Schwere des Falls besondere tatsächliche oder rechtliche Schwierigkeiten hinzukommen, denen der Gesuchsteller auf sich alleine gestellt nicht gewachsen ist ( BGE 130 I 182 Erw. 2.2 mit Hinweisen), und wenn auch eine Verbeiständung durch Verbands-vertreter, Fürsorger oder andere Fach- und Vertrauensleute sozialer Institutionen nicht in Betracht fällt ( BGE 125 V 34 Erw. 2, 114 V 236 Erw. 5b; AHI 2000 S. 163 f. Erw. 2a und b). Die sachliche Notwendigkeit wird nicht allein dadurch ausgeschlossen, dass das in Frage stehende Verfahren von der Offizialmaxime oder dem Untersuchungsgrundsatz beherrscht wird, die Behörde also gehalten ist, an der Ermittlung des rechtserheblichen Sachverhaltes mitzuwirken ( BGE 130 I 183 f. Erw. 3.2 und 3.3 mit Hinweisen). Die Offizialmaxime rechtfertigt es jedoch, an die Voraussetzungen, unter denen eine anwaltliche Verbeiständung sachlich geboten ist, einen strengen Massstab anzulegen ( BGE 125 V 35 f. Erw. 4b; Anwaltsrevue 2005/3 S. 123; Urteil H. vom 10. März 2006 Erw. 7.1, I 692/05). (...)” (STFA del 2 febbraio 2007 nella causa G., I 911/06) La necessità o meno dell’assistenza di un avvocato durante la procedura di opposizione dipende dunque esclusivamente dal tipo di problematiche che vengono trattate nella decisione impugnata (per dei casi di applicazione cfr. consid. 2.11.1). Ora, nel caso concreto, in cui si trattava di valutare il diritto dell’assicurata ad una rendita AI o ad una riforma professionale, l’Ufficio AI, per stabilire il suo danno alla salute, ha dovuto ricorrere ad una perizia pluridisciplinare SAM (cfr. doc. 35). Contro la decisione che negava all’assicurata il diritto

a prestazioni, l'avv. X ha poi interposto opposizione, criticando in particolare la valutazione psichiatrica inerente la sindrome somatoforme dolorosa. Analogamente a quanto già deciso dal TFA, come visto (consid. 2.11.1. in fine), trattandosi nel caso di specie dell'applicazione della giurisprudenza relativa alla sindrome da dolore somatoforme, la necessità dell'assistenza di un avvocato per la procedura di opposizione va quindi ammessa (cfr. sentenza I 319/05 del 14 agosto 2006). Alla luce di quanto appena esposto è a torto che l'Ufficio AI ha ritenuto non necessario o perlomeno non indicato l'intervento di un avvocato e concluso che l'insorgente poteva difendersi senza ricorrere ad un legale. Per quanto riguarda gli altri presupposti – non analizzati dall'Ufficio AI – cumulativamente necessari per riconoscere il diritto all'assistenza giudiziaria in sede amministrativa, il TCA rileva che l'assicurata, come verrà esposto di seguito (cfr. consid. 2.13.), non può essere considerata indigente. Il rifiuto dell'istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio, inoltrata dall'assicurata in data 17 ottobre 2006, deve pertanto essere confermato." Nel caso di specie l'insorgente ha inoltrato una nuova domanda di prestazioni AI il 30 ottobre 2007 (doc. AI 93-1). L'UAI ha chiesto un aggiornamento dello stato di salute alla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, la quale ha prodotto tutta la documentazione in suo possesso. Con progetto di decisione del 27 maggio 2008 l'UAI ha negato il diritto ad una rendita poiché " in base alla nuova documentazione medica acquisita all'incarto, il nostro servizio medico regionale (SMR) ha ritenuto che il suo stato di salute è rimasto invariato rispetto alle valutazioni mediche effettuate in precedenza ." (doc. AI 106-2). Il

### **E. 13**

giugno 2008 l'avv. RA 1 è intervenuta, chiedendo visione dell'incarto, e il 30 giugno 2008 ha inoltrato osservazioni in cui viene ribadita la presenza di un peggioramento dello stato di salute, con riferimento a documentazione già agli atti, e con conseguente richiesta di ricalcolare la rendita e di allestire una perizia pluridisciplinare. Con le osservazioni al progetto si trattava pertanto unicamente di far valere un peggioramento dello stato di salute, allegando eventualmente ulteriore documentazione medica (ciò che del resto non è stato fatto) e di chiedere, conseguentemente, un nuovo calcolo del grado d'invalidità. Questo TCA ritiene pertanto che l'UAI, a ragione, ha ritenuto che il caso non esigeva la rappresentanza di un avvocato. 11. L'assicurata chiede di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria e del gratuito patrocinio in sede ricorsuale. Ai sensi dell'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 quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGa mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 102, pag. 788). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 102s) – sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno (cfr. anche art. 3 Lag), se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato (cfr. anche art. 14 cpv. 2 Lag) e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (cfr. anche art. 14 cpv. 1 Lag; DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti). Nel caso di specie l'interessata è in assistenza e si trova pertanto manifestamente in una situazione di bisogno (doc. AI 110-11). Nella decisione impugnata l'UAI ha inoltre preso posizione anche sul raffronto dei redditi

indicando per quale motivo non intendeva rivedere i calcoli effettuati. Con il ricorso si trattava pertanto di contestare anche il rifiuto di rivedere, tramite riconsiderazione o revisione, il calcolo del grado d'invalidità. Considerato inoltre che l'interessata non dispone delle necessarie conoscenze giuridiche l'intervento di un avvocato era perlomeno indicato. Infine, le argomentazioni non erano palesemente destituite di esito favorevole. Il TCA ritiene che nella fattispecie siano soddisfatti i requisiti cumulativi per la concessione dell'assistenza giudiziaria e del gratuito patrocinio a favore dell'assicurata.

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