

TI_GERICHTE 32.2009.30 vom 20. Dezember 1990

TI Tribunale d'appello, 1990-12-20, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2009.30_d19901220

FR: TI_GERICHTE 32.2009.30 du 20 décembre 1990

IT: TI_GERICHTE 32.2009.30 del 20 dicembre 1990

Regeste

TCA non può confermare la decisione con la quale l'UAI, in sede di revisione, ha ridotto la rendita d'invalidità di cui era al beneficio l'assicurato. Non sono infatti adempiuti i criteri né per una revisione, né per una riconsiderazione

Erwägungen

E. 1

LPGA). La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modificazione importante del grado d'invalidità o di grande invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi, o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modificazione del grado d'invalidità o della grande invalidità (art. 87 cpv. 2 OAI). Invece, se è stata inoltrata domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o d'incapacità dell'invalido a provvedere a se stesso è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 3 OAI). Infine, prescrive l'art. 87 cpv. 4 OAI che, ove la rendita o l'assegno per grandi invalidi siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a sé stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto in quanto siano soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 3. Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 p. 137). La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 130 V 349; STFA non pubbl. 28 giugno 1994 nella causa P. P.; RCC 1989 p. 323; DTF 113 V 275, 109 V 116, 105 V 30). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto da un punto di vista astratto, ma piuttosto in relazione con l'art. 28 cpv. 1 LAI. In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione

iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (DTF 130 V 351; RCC 1987 pag. 38, consid. 1a; STFA 29 aprile 1991 in causa G.C., Bellinzona, non pubblicata, consid. 4). Per stabilire in concreto se vi è motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione. Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 133 V 108, 125 V 369 consid.

E. 2

con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Valterio, op. cit., pag. 268; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurigo 1997, pag. 258). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione.

E. 2.4

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., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, *Grundriss des Sozialversicherungsrecht*, 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.

E. 2.16

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 dell'UAI.

E. 4

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, *Die Rechtspflege in der*

Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Il TFA, in una decisione I 938/05 del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità , ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) 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." (...) Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). Ad esempio, nella sentenza 9C 289/2007 del 29 gennaio 2008 il Tribunale federale ha sottolineato che: " (...) Par ailleurs, il y a lieu d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2 et les nombreux arrêts cités, dont en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Cette hypothèse n'étant toutefois pas donnée dans le cas d'espèce, c'est à juste titre que les premiers juges se sont fondés, sans violer le droit fédéral, sur les conclusions du SMR et qu'ils ont confirmé la décision attaquée. (...)” L'Alta Corte in una sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha ancora precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...)” Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, “La promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali”, in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, “Le perizie nelle assicurazioni sociali” in Le perizie giudiziarie Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag, 203 e segg. (249-254). 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 premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.11. C chiamata ora a pronunciarsi, questa Corte, contrariamente al parere dell'amministrazione, ritiene che non siano adempiute le condizioni per procedere a una revisione della rendita di invalidità sulla base dell'art. 17 LPGa. In proposito, occorre evidenziare che, secondo la giurisprudenza, un motivo di revisione deve chiaramente emergere dall'incarto (cfr. STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005, pubblicata in Plädoyer 1/06, p. 64s. e i riferimenti ivi menzionati). Le norme sulla revisione non possono in effetti costituire il fondamento giuridico per un riesame senza condizioni del diritto alla rendita (R. Rüedi, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, San Gallo 1999, p. 15). Nella concreta evenienza, la documentazione medica che l'amministrazione ha acquisito nell'ambito della procedura di revisione testimonia di uno stato di salute rimasto sostanzialmente invariato rispetto a quello che, nel 2003, aveva determinato il riconoscimento di una mezza rendita di invalidità, per un grado del 60%, a partire dal 1° aprile 2002 (cfr. doc. 117/1-2 e doc. 119/1-2). Tale circostanza emerge con chiarezza dalla documentazione medica agli atti. Dal profilo reumatologico, dall'accurato esame specialistico eseguito nell'ambito della perizia del SAM da parte del dr. _____, è emerso che l'assicurato è, dal 1991, abile al lavoro sull'arco di una giornata di lavoro, ma con una riduzione del rendimento del 40%, nella sua precedente attività di manovale e autista, ma abile al lavoro al 100% in altre attività adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali (doc. 160-34, sottolineatura della redattrice). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da tale valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie somatiche maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell'interessato. Va qui ricordato che se, da una parte, la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti

rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Si ricorda tuttavia al ricorrente che il presente giudizio non pregiudica eventuali suoi diritti nei confronti dell'assicurazione federale per l'invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4). Del resto, già nella visita medica di chiusura del 6 luglio 1990, eseguita su incarico dell'assicuratore infortuni, il dr. _____ aveva considerato l'assicurato abile in maniera pressoché completa in attività adeguate, come ad esempio quelle di custode, benzinaio, magazziniere con l'aiuto di mezzi meccanici (cfr. doc. 3-5 inc. LAINF). Dal profilo psichiatrico, l'amministrazione ha ritenuto che lo stato di salute dell'interessato sia migliorato. A torto. Al riguardo, il TCA sottolinea, dapprima, che nel referto peritale dell'11 luglio 2008, la dr.ssa _____ ha posto le medesime diagnosi che erano già state indicate dalla dr.ssa _____ nel referto peritale dell'11 aprile 2003 – ossia “distimia (ICD10-F34.1) e sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4)” (cfr. doc. 114-6) - a seguito del quale all'assicurato era stato riconosciuto un grado di invalidità del 60%. La dr.ssa _____ ha infatti diagnosticato l'esistenza di una “distimia (ICD10-F34.1); sindrome da dolore persistente (ICD10-F45.4); accentuazione di tratti di personalità (ICD10-Z73.1)” (cfr. doc. 158-4, sottolineatura della redattrice). Le medesime diagnosi sono state poste, come visto, anche dalla dr.ssa _____ del SMR - la quale, nel referto peritale del 28 dicembre 2005, ha ritenuto l'assicurato affetto da “sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4); distimia (ICD10-F34.1)” (doc. 130-7, sottolineatura della redattrice) – e dagli psichiatri curanti, dr. _____, dapprima (cfr. doc. 146-2 e doc. 149-1) e dr.ssa _____, poi (cfr. doc. C e doc. XI/2). Il TCA rileva, poi, che la stessa dr.ssa _____ ha indicato che la situazione psichiatrica dell'interessato è rimasta sostanzialmente invariata rispetto al passato, ma è stata da lei giudicata in modo diverso rispetto a quanto valutato in precedenza dalla dr.ssa _____ e dalla dr.ssa _____. Nel referto peritale dell'11 luglio 2008, infatti, la specialista ha rilevato che “dal 1995 (Clinica di _____) ad oggi il quadro non abbia subito grandi modifiche”; che “dal 2005 ad oggi il quadro non abbia presentato modifiche degne di nota” e che “di fatto i colleghi che lo hanno incontrato hanno visto gli stessi segni e sintomi, ma riconosciuto differenti ripercussioni sulla capacità lavorativa” (doc. 158-4, sottolineature della redattrice). La specialista ha inoltre spiegato i motivi per i quali ha ritenuto di doversi distanziare, nonostante la presenza delle medesime diagnosi, dalla valutazione della capacità lavorativa residua fornita dalle due colleghe, dr.ssa _____ e dr.ssa _____, chiamate prima di lei a redigere un referto peritale relativo all'assicurato. La dr.ssa _____ ha rilevato di ritenere che “la diagnosi della collega dr.ssa _____ sia stata posta correttamente”, ma che “ritengo che la percentuale di incapacità lavorativa riconosciuta in quella occasione fosse eccessiva rispetto alla diagnosi posta” (cfr. doc. 158-2, sottolineature della redattrice). La dr.ssa _____ ha pure indicato che “la dr.ssa _____ riprende la diagnosi posta dalla dr.ssa _____, ma riconosce l'assenza di un'incapacità lavorativa per motivi psichiatrici. Considero anche questo dato eccessivo in senso opposto: non si può non riconoscere al soggetto il peso di tali diagnosi sulla sua capacità, anche se migliorato” (doc. 158-2, sottolineature della redattrice). Da queste considerazioni della dr.ssa _____ emerge, quindi, in maniera chiara ed evidente che, a fronte di patologie rimaste invariate, la specialista in psichiatria è giunta ad una differente valutazione della capacità lavorativa residua dell'interessato. Ciò non consente tuttavia, come già rilevato in precedenza (cfr. consid. 2.3.), di giustificare una revisione della rendita

in corso, circostanza che, è bene ricordarlo, è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. 2.12. In esito a quanto precede, questo Tribunale deve dunque esaminare se i presupposti per procedere a una riconsiderazione della decisione formale del 13 giugno 2003, sono soddisfatti oppure no. In effetti, il giudice può, se del caso, confermare una decisione di revisione emanata a torto per il motivo sostitutivo che la decisione iniziale di rendita era manifestamente errata e se la sua rettifica riveste una notevole importanza (DTF 125 V 369 consid. 2 e riferimenti citati). L'art. 53 LPGGA prevede che: " Le decisioni e le decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato devono essere sottoposte a revisione se l'assicurato o l'assicuratore scoprono successivamente nuovi fatti rilevanti o nuovi mezzi di prova che non potevano essere prodotti in precedenza. (cpv. 1) L'assicuratore può tornare sulle decisioni o sulle decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato se è provato che erano manifestamente errate e se la loro rettifica ha una notevole importanza. (cpv. 2) L'assicuratore può riconsiderare una decisione o una decisione su opposizione, contro le quali è stato inoltrato ricorso, fino all'invio del suo preavviso all'autorità di ricorso." (cpv. 3) I principi relativi alla riconsiderazione e alla revisione processuale sviluppati dalla giurisprudenza precedentemente alla LPGGA, sono stati concretizzati all'art. 53 LPGGA (cfr. STFA K 147/03 del 12 marzo 2004 consid. 5.3 in fine, U 149/03 del 22 marzo 2004 consid. 1.2., I 133/04 dell'8 febbraio 2005 consid. 1.2.). Conformemente a un principio generale valido per il diritto delle assicurazioni sociali, l'amministrazione può riconsiderare una decisione cresciuta in giudicato formale, che non è stata oggetto di un controllo giudiziario, nel caso in cui è senza dubbio errata e la correzione ha un'importanza rilevante (cfr. STFA del 23 marzo 2004 nella causa D., C 227/03; STFA del 12 febbraio 2004 nella causa B., C 349/00; STFA del 17 dicembre 2003 nella causa B., C 19/03; STFA del 28 novembre 2003 nella causa S., C 307/01; STFA del 21 luglio 2003 nella causa T., C 81/03; STFA del 28 aprile 2003 nella causa F., C 24/01 e C 137/01; STFA del 7 marzo 2003 nella causa D., C 354/01; STFA del 28 febbraio 2003 nella causa M., C 353/01; STFA del 5 novembre 2002 nella causa C., C 165/02; le STFA del 6 luglio 2001 nelle cause B., C 274/99; I, C 278/99 e O, C 279/99; STFA del 6 giugno 2000 nella causa B., C 407/99, consid. 2; DTF 129 V 110 = SVR 2003 ALV Nr. 5, p. 15; DTF 127 V 466, consid. 2c, p. 469; DTF 126 V 399 = DLA 2001 N. 37, p. 247; DLA 2000 N. 40, p. 208; DLA 1998 N. 15, consid. 3b, p. 79 e 80; SVR 1997 ALV Nr. 101, p. 309 consid. 2a e riferimenti). Per giudicare se è ammissibile riconsiderare una decisione per il motivo che essa è manifestamente errata, ci si deve fondare sulla situazione giuridica esistente al momento in cui questa decisione è stata emanata, tenuto conto della prassi in vigore a quel momento (STF 9C_71/2008 del 14 marzo 2008 consid. 2; DTF 119 V 479 consid. 1b/cc e i riferimenti ivi citati). Mediante la riconsiderazione, si corregge un'errata applicazione iniziale del diritto, rispettivamente, un'errata constatazione derivante dall'apprezzamento dei fatti. Un cambiamento di prassi oppure di giurisprudenza non giustifica di principio una riconsiderazione (DTF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Una decisione è manifestamente errata, non soltanto quando è stata presa sulla base di norme giuridiche sbagliate o inappropriate, ma anche quando delle disposizioni fondamentali non sono state applicate oppure lo sono state in modo inappropriato (DLA 1996/97 n. 28, p. 158 consid. 3c). Ciò è segnatamente il caso quando l'amministrazione accorda una rendita di invalidità in violazione del principio della priorità della riforma professionale sulla rendita (STFA I 559/02 del 31 gennaio 2003). Per contro, non si è in presenza di un errore manifesto quando il versamento della prestazione dipende da condizioni materiali la cui

valutazione implica un potere d'apprezzamento, in relazione a taluni aspetti o elementi, e che la decisione appare ammissibile tenuto conto della situazione di fatto e di diritto. Se sussistono dubbi ragionevoli circa il carattere erroneo della decisione iniziale, le condizioni della riconsiderazione non sono soddisfatte (STF 9C_575/2007 del 18 ottobre 2007 consid. 2.2 e I 907/06 del 7 maggio 2007 consid. 3.2.1). Più di recente, in una sentenza I 406/05 del 13 luglio 2006 consid. 6, l'Alta Corte ha dichiarato manifestamente errata la decisione formale mediante la quale l'Ufficio AI aveva riconosciuto a un assicurato una mezza rendita di invalidità per il motivo che, nella sua abituale professione di coiffeur, presentava un'inabilità lavorativa del 50% (con corrispondente riduzione del reddito). Secondo il TFA, l'amministrazione avrebbe invece dovuto esaminare se l'assicurato, sul mercato generale del lavoro, esercitando un'attività sostitutiva, era in grado di meglio valorizzare la sua capacità lavorativa residua. 2.13. Dopo attento esame della documentazione agli atti, il TCA è dell'avviso che la decisione del 13 giugno 2003 non possa essere ritenuta manifestamente erronea e questo per i motivi che seguono. La decisione di attribuire all'assicurato, a partire dal 1° aprile 2002, una mezza rendita di invalidità, per un grado del 60%, è stata presa dall'amministrazione sulla base del referto peritale dell'11 aprile 2003 della dr.ssa _____, la quale, dopo aver proceduto ad un accurato esame dell'interessato, ha ritenuto che lo stesso fosse affetto da una distimia e da una sindrome del dolore somatoforme, aggiungendo che entrambe queste patologie hanno un influsso sulla capacità lavorativa, di modo che l'interessato deve essere considerato inabile al lavoro al 60% (cfr. doc. 114/6+7). Questa perizia della dr.ssa _____ non può essere considerata manifestamente errata. Se da una parte, infatti, è vero che la diagnosi di distimia normalmente non è invalidante, d'altra parte va rilevato che, in passato - prima che la giurisprudenza del Tribunale federale ponesse dei criteri per la valutazione del carattere invalidante o meno di una tale patologia - come attualmente, la diagnosi di sindrome da dolore somatoforme, a determinate condizioni, veniva ritenuta invalidante e non si può quindi considerare che le conclusioni della dr.ssa _____ fossero, a quel momento, manifestamente errate. A questo proposito, il Tribunale federale, in una sentenza 9C_1009/2008 del 1° maggio 2009, destinata alla pubblicazione, si è peraltro così espresso: " (...)

E. 4.1

On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle (ATF 127 V 10 consid. 4b p. 13 s.; 115 V 308 consid. 4a p. 312 ss; Urs Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, 2003, p. 91 ss; Rudolf Rüedi, Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrentenrevisionen, in: Schaffhauser/Schlauri [éd.], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, 1999, p. 9 ss, 12 s.; Alexandra Rumo-Jungo, Die Instrumente zur Korrektur der Sozialversicherungsverfügung, in: Schaffhauser/Schlauri [éd.], Verfahrensfragen in der Sozialversicherung, 1996, p. 263 ss, 277 ss; Ulrich Meyer-Blaser, Die Abänderung formell rechtskräftiger Verfügungen in der Sozialversicherung, ZBl 1994 p. 337 ss, 348 ss): une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA). Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la

décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée du droit), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). La loi ne règle en revanche pas la situation de l'application ultérieure erronée du droit à la suite d'une modification des fondements juridiques déterminants survenue après le prononcé de la décision (voir consid. 5 infra).

E. 4.2

e STF 8C_502/2007 del 26 marzo 2009). Pertanto la riduzione della rendita, decisa in ragione di una diversa valutazione delle conseguenze delle patologie, invariate, dell'interessato sulla sua capacità lavorativa residua e non per intervenuto cambiamento delle circostanze di fatto, non può essere approvata dal TCA. Lo stato di salute invariato permette quindi di confermare il diritto dell'assicurato, anche dopo il 1° gennaio 2004, ad una rendita di invalidità per un grado di invalidità del 60%, come precedentemente stabilito. Ne consegue che, annullata la decisione contestata, l'assicurato ha diritto, a partire dal 1° gennaio 2004 (vista la modifica della Legge che ha introdotto i $\frac{3}{4}$ di rendita a partire dal 1° gennaio 2004, cfr. consid. 2.3.), a tre quarti di rendita, per un grado AI del 60% (art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI). 2.15. V incante in causa, il ricorrente, rappresentato da un legale, ha diritto ad un'indennità per ripetibili (art. 61 lett. g LPGA).

E. 6

Au regard des principes exposés, il reste à examiner si l'arrêt ATF 130 V 352 justifie de réduire ou de supprimer des rentes en cours, qui ont été allouées par le passé à des assurés souffrant de troubles somatoformes douloureux.

E. 6.1.1

Le Tribunal fédéral des assurances s'est déjà prononcé dans l'ATF 102 V 165 sur l'effet invalidant d'une atteinte à la santé psychique. Comme il l'a retenu à l'époque, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté pour accomplir son travail dans une mesure suffisante ne sont pas considérées comme déterminantes du point de vue du droit de l'assurance-invalidité. La mesure de ce qui est nécessaire (respectivement exigible) doit cependant être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou - comme condition alternative - qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 102 V 166 s.).

E. 6.1.2

Au cours d'une évolution débutée dans les années nonante, les troubles somatoformes douloureux ont nettement pris de l'importance (cf. Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, Journal suisse de médecine 1997, p. 1380 ss, 1380 s.; Peter Rosatti, De la sinistrose aux troubles somatoformes, in L'expertise médicale, 2002, p. 81 ss, 86). En tant que tel, le diagnostic correspondant - en particulier aussi celui de syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10: F45.4) - ne dit rien encore quant à la capacité de travail de l'assuré (cf. ATF 130 V 396 consid. 6.2.3 p. 402, et

les références). La doctrine psychiatrique en Allemagne a toutefois développé des critères pour poser un pronostic (Klaus Foerster, *Begutachtung und Erwerbsfähigkeit bei Patienten mit psychogenen Störungen*, RSAS 1996 p. 486 ss, 498) et évaluer l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative (Klaus Foerster, *Psychiatrische Begutachtung im Sozialrecht*, in Venzlaff/Foerster [éd.], *Psychiatrische Begutachtung*, 3e éd., Munich 2000, p. 509, 511; cf. aussi Kopp/Willi/Klipstein, op. cit., p. 1434 s., avec référence à l'étude fondamentale de Winckler et Foerster). La doctrine a introduit ces critères en droit suisse (Hans-Jakob Mosimann, *Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten*, RSAS 1999 p. 1 ss et 105 ss) et le Tribunal fédéral des assurances les a repris par la suite (arrêt I 554/98 du 19 janvier 2000, dont des extraits ont été publiés dans VSI 2000 p. 152 consid. 2c p. 154 s.). Cette jurisprudence, qui ne constitue pas un revirement de fond quant aux principes posés dans l'ATF 102 V 165, mais une application de ceux-ci au diagnostic de "troubles somatoformes douloureux", a également été reprise par la pratique administrative. Dans la Lettre circulaire AI n° 180 du 27 mai 2003 (n. 1018 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité [CIIAI], valable à partir du 1er juillet 2003), l'OFAS a indiqué que: "les 'douleurs somatoformes', en particulier, n'ont pas de conséquences pour la capacité de travail si elles ne s'accompagnent pas d'une comorbidité psychiatrique; dans ces cas, on peut donc raisonnablement exiger un effort de volonté pour utiliser la capacité de travail. Le plus important est d'apprécier, sur la base de constatations objectives, si l'incapacité de travail de la personne assurée est totale ou partielle".

E. 6.1.3

Dans l'arrêt ATF 130 V 352 rendu le 12 mars 2004, le Tribunal fédéral des assurances a également repris les "critères de Foerster" (en se référant à Ulrich Meyer-Blaser, *Arbeitsunfähigkeit [Art. 6 ATSG]*, in Schaffhauser/Schlauri [édit.], *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, 2003, p. 27 ss, 80 ss), mais en a décrit plus précisément la signification et l'application pour l'évaluation du droit à des prestations de l'assurance-invalidité (cf. en particulier ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 354 s.). En particulier, les médecins chargés d'une expertise et les organes d'application du droit ont été invités à examiner la capacité de travail dans chaque cas individuel au regard de critères déterminés, afin de garantir une appréciation de la capacité de travail plus uniforme et, de ce fait, plus conforme au principe de l'égalité de traitement. Le regeste publié au Recueil officiel mentionne une précision de la jurisprudence (ATF 130 V 352). Le point de savoir s'il s'agit effectivement d'une précision de la jurisprudence ou d'un changement de celle-ci n'a pas à être résolu, dès lors que l'une ou l'autre qualification n'a pas d'influence sur le résultat.

E. 6.2.1

Comme il ressort de l'exposé de jurisprudence ci-dessus, l'arrêt ATF 130 V 352 n'a pas modifié la situation juridique en ce sens qu'une rente était d'emblée allouée par le passé en cas de diagnostic de troubles somatoformes douloureux, alors que cela serait désormais exclu. Dans le cas qu'elle avait à juger, l'instance précédente alors compétente avait nié le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (en se fondant sur la jurisprudence antérieure), de même que les tribunaux cantonaux dans les arrêts ultérieurs publiés (ATF 130 V 396 et 131 V 49). Le diagnostic de troubles somatoformes douloureux pouvait conduire - avant comme après l'arrêt ATF 130 V 352 - tant à l'admission qu'au rejet du droit à la rente. L'octroi de rentes dans le passé n'apparaît dès lors ni contraire au droit, ni inapproprié ou encore choquant dans la perspective actuelle. Aussi, une adaptation des rentes en cours ne se justifie-t-elle pas du point de vue de la mise en oeuvre de l'assurance

conforme au droit et objectivement justifiable (cf. ATF 115 V 308 consid. 4b p. 316).

E. 6.2.2

Sous l'angle du principe de l'égalité de traitement (art. 8 al. 1 Cst.), une adaptation par le juge s'impose en particulier lorsque les décisions fondées sur l'ancienne jurisprudence ne valent plus que pour un petit nombre d'assurés (ATF 129 V 200 consid. 1.2 p. 202; 120 V 128 consid. 3c p. 132; 119 V 410 consid. 3b p. 413; SVR 2001 ALV n° 4 p. 10 consid. 3b [C 222/99]). Tel n'est pas le cas ici: au regard du fait que le diagnostic de "troubles somatoformes douloureux" a pris une nette importance depuis le début des années nonante (consid. 6.1.2 supra), la question de l'adaptation se poserait pour un grand nombre de rentes en cours. En raison du principe de l'égalité de traitement, l'administration serait tenue de soumettre tous les cas de ce genre à un examen, qui ne pourrait se limiter du point de vue de son contenu à certains aspects limités, mais devrait porter dans chaque cas particulier sur les critères nuancés dégagés dans l' ATF 130 V 352 . Par ailleurs, dans l'appréciation de l'exigibilité, il y aurait lieu de tenir compte de façon appropriée du fait que l'intéressé a bénéficié jusque là d'une rente de manière conforme au droit et de la situation qui en est résultée. A cet égard, la doctrine exige que soit effectuée une soigneuse pesée des intérêts, sur la base de laquelle il y aurait lieu d'examiner si une adaptation dans le cas concret apparaît conforme au principe de la proportionnalité (Brunner/Birkhäuser, op. cit., p. 202). La discussion porte donc sur l'appréciation d'un grand nombre de cas, qui supposent un examen étendu et dont le résultat est incertain. Dans ces circonstances, les conditions strictes, exposées ci-avant (consid. 5.4 supra), de l'application par le juge d'un changement de jurisprudence à des prestations en cours qui ont fait l'objet d'une décision entrée en force ne sont pas réalisées. Cela vaut d'autant plus qu'au vu du principe de "la réadaptation avant la rente", se pose de surcroît la question de savoir si une éventuelle suppression de la rente ne devrait pas être assortie d'un programme étendu en vue de la réadaptation de la personne concernée. Dans une telle constellation, il appartiendrait au législateur de prévoir l'examen et, le cas échéant, l'adaptation des rentes en cours - y compris les éventuelles mesures d'accompagnement - et d'en déterminer les conditions, s'il le jugeait approprié.

E. 6.3

En résumé, il découle de ce qui précède que la jurisprudence exposée à l' ATF 130 V 352 ne constitue pas un motif suffisant pour révoquer, au titre d'une adaptation à un changement des fondements juridiques, des rentes qui ont été allouées à une époque antérieure par des décisions entrées en force formelle (voir également, l'ATF 8C_502/2007 de la Ire Cour de droit social du Tribunal fédéral du 26 mars 2009).

E. 7

LPGA, entré en vigueur au 1er janvier 2008, justifie une adaptation de la demi-rente en cours de la recourante. Il s'agit donc de voir si l'art. 7 al. 2 LPGA constitue un titre juridique pour modifier des rentes en cours qui ont fait l'objet d'une décision entrée en force; cette question de droit, dont le Tribunal fédéral peut traiter d'office (art. 106 al. 1 LTF), est soumise à son libre pouvoir d'examen.

E. 7.1

Selon l'art. 7 al. 2 LPGA, seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain (1ère phrase). De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (2ème phrase). Pour l'interprétation de cette nouvelle disposition, il y a lieu d'appliquer les principes reconnus

par la jurisprudence constante en la matière. D'après celle-ci, la loi s'interprète en premier lieu selon sa lettre. Il n'y a lieu de déroger au sens littéral d'un texte clair par voie d'interprétation que lorsque des raisons objectives permettent de penser que ce texte ne restitue pas le sens véritable de la disposition en cause. Si le texte n'est pas absolument clair, si plusieurs interprétations de celui-ci sont possibles, il convient de rechercher quelle est la véritable portée de la norme, en la dégagant de tous les éléments à considérer, soit notamment des travaux préparatoires, du but de la règle, de son esprit, ainsi que des valeurs sur lesquelles elle repose ou encore de sa relation avec d'autres dispositions légales. Le Tribunal fédéral ne privilégie aucune méthode d'interprétation, mais s'inspire d'un pluralisme pragmatique pour rechercher le sens véritable de la norme; en particulier, il ne se fonde sur la compréhension littérale du texte que s'il en découle sans ambiguïté une solution matériellement juste (ATF 134 I 184 consid. 5.1 p. 193; 134 V 1 consid. 7.2 p. 5; 133 III 497 consid. 4.1 p. 499).

E. 7.2

En ce qu'elle prévoit qu'il ne peut y avoir incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable, la seconde phrase de l'art. 7 al. 2 LPGA inscrit dans la loi un principe exprimé de longue date par la jurisprudence quant au caractère objectif de l'appréciation de ce qui peut encore être exigé de la personne assurée pour surmonter les limitations de sa capacité de gain entraînées par son atteinte à la santé. En d'autres termes, pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé. Cet élément - le caractère objectif de l'appréciation de l'exigibilité - a été formulé à diverses reprises et de manière constante par la jurisprudence. Ainsi, dans un ATFA 1964 p. 153 (arrêt du 25 août 1964) concernant un cas dans lequel le diagnostic de "névrose" avait été posé, le Tribunal fédéral des assurances a jugé que l'assurée aurait pu surmonter sa résistance névrotique à reprendre une activité si elle avait mis à profit l'effort de volonté nécessaire et objectivement exigible. Dans l' ATF 102 V 165 (du 11 octobre 1976, déjà cité [consid. 6.1.1 supra]), il a également indiqué que la mesure de ce qui est exigible de l'assuré (afin qu'il empêche les diminutions de la capacité de gain en faisant preuve de bonne volonté) doit être déterminée aussi objectivement que possible. Ce principe a également été repris dans l' ATF 127 V 294 , où le Tribunal fédéral a rappelé que ce qui est déterminant, c'est le point de savoir si, et le cas échéant, dans quelle mesure, la mise à profit de sa capacité de travail, compte tenu de ses aptitudes et d'un marché du travail équilibré, peut être raisonnablement exigée de l'assuré ou est supportable pour la société, cet examen devant être effectué de manière aussi objective que possible ("nach einem weit gehend objektivierten Massstab zu erfolgende Beurteilung"; consid. 4c p. 298). Appliquant ce principe au diagnostic de "troubles somatoformes douloureux", le Tribunal fédéral a précisé qu'il est déterminant d'établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard aux critères déterminants (consid. 6.1.2 supra) - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de lui, compte tenu de sa constitution psychique (ATF 130 V 352 consid. 2.2.4 p. 355, déjà cité).

E. 7.3

En exprimant l'exigence du caractère objectif de l'examen de ce qui peut (encore) être exigé de la personne assurée, l'art. 7 al. 2 LPGA n'a pas modifié la notion d'incapacité de gain, mais inscrit dans la loi un aspect étroitement lié à celle-ci dont la portée avait déjà été mise en évidence par la jurisprudence sous l'empire du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd., n° 31 ss ad art. 7 al. 2 LPGA). Dans la mesure où les explications du Conseil fédéral relatives à cette disposition laissent entendre le contraire (Message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5e révision de l'AI], FF 2005 4215 ss., 4288, ch. 1.6.1.5.4), en parlant d'une "définition plus étroite, opérée par le législateur, de la notion d'invalidité", elles ne sont pas déterminantes. D'abord, elles sont contredites par d'autres déclarations du Conseil fédéral, selon lesquelles les modifications proposées (de l'art. 7 LPGA) permettent d'inscrire dans le texte de la loi des principes juridiques essentiels, notamment la jurisprudence relative au principe de l'exigibilité (FF 2005 4287, ch. 1.6.1.5.4). Elles n'ont, par ailleurs, pas trouvé leur expression en droit positif, dans le texte légal, ce qui est cependant une condition pour qu'on puisse y voir des éléments d'interprétation historique (ATF 114 V 239 consid. 8a p. 250). L'art. 7 al. 2 LPGA ne correspond donc pas à une modification du droit en tant que telle, mais à l'inscription dans la loi de la jurisprudence dégagée jusqu'alors sur la notion d'invalidité (voir aussi, Thomas Locher, Invalidität, Invaliditätsgrad und Entstehung des Renten-anspruchs nach dem Entwurf zur 5. IV-Revision, in Medizin und Sozialversicherung im Gespräch, 2006, p. 273 ss., p. 293). Par conséquent, cette disposition ne peut pas être considérée comme un fondement légal pour modifier des rentes qui ont fait l'objet d'une décision entrée en force.

E. 7.4

On ajoutera que parle également en faveur d'une telle interprétation le fait que l'introduction de l'art. 7 al. 2 LPGA au 1er janvier 2008 n'a été accompagnée d'aucune mesure ou disposition transitoire prévue par le législateur ou l'administration. Au regard des effets qu'aurait entraînés une norme permettant la limitation ou la suppression de rentes d'invalidité en cours tant pour les personnes concernées que pour l'administration - laquelle aurait été confrontée à une mise en oeuvre complexe (par exemple quant au choix des dossiers, l'appréciation des évaluations médicales, l'examen de la situation économique et les questions de réadaptation) -, l'absence de toute mesure d'accompagnement constitue un indice important de l'intention du législateur de ne pas intervenir sur des prestations en cours.

E. 8

Il résulte de ce qui précède que le recours est bien fondé, de sorte que le jugement entrepris et la décision du 27 février 2008 doivent être annulés." (sentenza citata, sottolineature della redattrice) Alla luce della sentenza sopra esposta, dunque, la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 352 non costituisce un motivo sufficiente per revocare il diritto ad una rendita di invalidità attribuito in un'epoca precedente, tramite delle decisioni cresciute in giudicato, come nel caso di specie. Inoltre, come rilevato dal Tribunale federale nella sentenza 9C_1009/2008 del 1° maggio 2009 appena citata, la "nuova" giurisprudenza sulla sindrome da dolore somatoforme non costituisce un motivo di riconsiderazione della decisione di rendita (cfr. sentenza citata, consid.