

## **TI\_GERICHTE 32.2009.88 vom 16. März 2009**

TI Tribunale d'appello, 2009-03-16, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2009.88](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2009.88)

FR: TI\_GERICHTE 32.2009.88 du 16 mars 2009

IT: TI\_GERICHTE 32.2009.88 del 16 marzo 2009

### **Regeste**

UAI ha correttamente ridotto la rendita di cui era al beneficio l'assicurata da intera a 3/4, per un grado AI del 67%

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

/

#### **E. 3**

Sindrome ansioso-depressiva cronica.

#### **E. 3.1**

En premier lieu, la juridiction cantonale de recours a constaté l'absence de comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme douloureux. Le recourant ne remet pas en cause cette constatation de fait, qui lie dès lors le Tribunal fédéral (art. 105 al. 1 LTF).

#### **E. 3.2**

Le Tribunal cantonal a porté ensuite son examen sur les quatre autres critères que la jurisprudence a posés. Il a constaté que deux de ces critères sont réalisés chez le recourant: d'une part, l'existence d'affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable; d'autre part, la présence d'un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie). En revanche, il a constaté que les deux autres critères font défaut, savoir la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ainsi que l'échec de traitements thérapeutiques ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux. La juridiction cantonale a admis que le recourant ne présente pas de cumul des critères dégagés par la jurisprudence, cela avec une certaine intensité et constance, ce qui l'a conduit à nier l'existence d'un trouble somatoforme douloureux ayant une répercussion sur la capacité de travail. Le recourant invoque une constatation des faits manifestement inexacte et incomplète, en reprochant aux juges cantonaux de les avoir établis en contradiction flagrante avec les rapports médicaux versés au dossier, plus particulièrement celui de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_ du 17 juillet 2007. Toutefois, le recourant n'établit pas que les constatations de fait du tribunal cantonal seraient manifestement erronées. Non seulement il ne démontre pas que cette autorité aurait constaté à tort que la perte de l'intégration sociale, deuxième critère, se serait étendue à toutes les manifestations de la vie, dès lors qu'il reconnaît conserver quelques contacts avec d'anciens collègues, mais il n'aborde pas le

quatrième critère relatif à l'échec des traitements thérapeutiques, dont les premiers juges ont pourtant nié l'existence. En ce qui concerne l'appréciation globale de l'effort de volonté que le recourant pourrait fournir afin de surmonter ses douleurs, l'intéressé reste assez superficiel. Les moyens invoqués dans le recours ne sauraient conduire la Cour de céans à substituer sur ce point l'appréciation du recourant à celle des premiers juges, d'autant que ces derniers ont nié un caractère invalidant aux douleurs en rappelant que seuls deux critères parmi les quatre précités ont pu être retenus. A cet égard, la reconnaissance du premier des quatre critères par le tribunal cantonal ne convainc pas, car la seule présence d'un symptôme induisant un trouble somatoforme douloureux (singulièrement un syndrome fibromyalgique, dont le docteur G. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, a fait état dans un rapport du 14 juillet 2005), ne permet pas encore d'admettre l'existence d'une affection corporelle chronique ou d'un processus maladif. Il en va de même du critère du profit primaire tiré de la maladie que les premiers juges ont aussi retenu, car celui-ci suppose un contexte psychodynamique qui n'est pas réalisé. On ajoutera qu'à la lecture du rapport psychiatrique du 21 juin 2006 dont l'office intimé disposait, la solution retenue dans la décision du 19 février 2007 se concilie avec les principes jurisprudentiels applicables en matière de troubles somatoformes douloureux. Quant à l'incidence du second rapport de l'Hôpital X. \_\_\_\_\_ du 17 juillet 2007 sur l'issue du litige, l'opinion des premiers juges est pertinente et il peut y être renvoyé." 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 I 873/05 del 19 maggio 2006) In una sentenza I

384/06 del 4 luglio 2007, il Tribunale federale 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 sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF del 4 luglio 2007, I 384/06). 2.7. Nell’evenienza concreta, l’assicurata aveva inizialmente beneficiato, a partire dal 1° settembre 1996, di una rendita intera d’invalidità, per un’inabilità al lavoro del 67%, in quanto affetta, come risultava dalla perizia del 2 gennaio 1997 eseguita dal dr. \_\_\_\_\_, Leitender Arzt e dal dr. \_\_\_\_\_, Assistenzärztin della \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, da “Schweres, instabiles Asthma bronchiale vom gemischt intrinsischen und extrinsischen Typ, rezidivierende Infektexazerbationen; Latex-Allergie; Orales Allergiesyndrom (Kiwi und Nüsse); Chronisches Lumbovertebralsyndrom, Diskushernie L4/L5; St. n. Autounfall am 10.9.1995, Commotio cerebri, Kontusion linkes Becken und linkes Knie” (doc. 44-4). A seguito di tali patologie, i periti avevano ritenuto l’assicurata inabile al lavoro nella misura del 66 2/3 % (doc. 44-4). Sulla base di queste conclusioni, l’Ufficio AI, con decisione del 14 agosto 1997, aveva attribuito all’assicurata una rendita intera di invalidità, per un grado del 67%, dal 1° settembre 1996 (doc. 47-1). Questa decisione era poi stata confermata dall’UAI in occasione delle procedure di revisione del 1999 e del 2002, alla luce dei rapporti medici stilati dal dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna e malattie polmonari, in data 15 febbraio 1999 (cfr. doc. 52-2) e 6 maggio 2002 (cfr. doc. 61-1), nei quali lo specialista aveva indicato che lo stato di salute dell’interessata era da considerare stazionario rispetto alla valutazione peritale della \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ del 1996. Avviata nel febbraio 2004 una procedura di revisione, a seguito della comunicazione dell’assicurata di un peggioramento delle sue condizioni di salute - data l’insorgenza di una patologia oncologica - l’Ufficio AI, sulla base delle risultanze della perizia pluridisciplinare dell’11 gennaio 2005 eseguita dai medici del SAM – i quali erano giunti alla conclusione che l’assicurata fosse da considerare ancora abile al lavoro nella misura del 33% sia nella precedente attività di telefonista/centralinista, sia in altre attività adeguate, rispettose delle sue limitazioni funzionali (cfr. doc. 91-13) - con decisione su opposizione del 5 gennaio 2006, sempre a fronte di un grado del 67%, aveva tuttavia ridotto a tre quarti la rendita di invalidità spettante all’assicurata, vista l’entrata in vigore della quarta revisione della LAI, che aveva introdotto il diritto a tre quarti di rendita per gli assicurati con un grado di invalidità compreso fra il 60% e il 69%. Chiamato a pronunciarsi, il TCA, con sentenza 32.2006.33 del 1° febbraio 2007, ritenendo che l’amministrazione avesse approfonditamente valutato le patologie pneumologica e reumatologica, ma non quelle oncologica e psichiatrica, aveva annullato la decisione impugnata e rinviato gli atti all’UAI, per ulteriori accertamenti medici (doc. 119/11-13). Tale sentenza, a seguito del ritiro da parte dell’interessata del ricorso presentato al Tribunale federale (cfr. doc. 127/1-3), è cresciuta in giudicato. 2.8. Al considerando precedente sono state esposte le circostanze che giustificarono, all’epoca, l’assegnazione all’assicurata, a partire dal 1° settembre 1996, di una rendita intera di invalidità, per un grado di invalidità del 67% (decisione del 14 agosto 1997, cresciuta incontestata in giudicato). In tale contesto, va rilevato che il TCA deve situarsi al mese di marzo 2009 (momento in cui è stata emanata la decisione impugnata) e valutare se, nel frattempo (dal 14 agosto 1997 al 16 marzo 2009), le condizioni di salute dell’assicurata sono rimaste tali da giustificare un grado di invalidità del 67%, con conseguente attribuzione di tre quarti di rendita di invalidità dal 1° aprile 2005 (cfr. doc. A1) o se vi è stato, al contrario, un

peggioramento delle stesse con incidenza sull'entità della rendita a lei attribuita. 2.9. Secondo la giurisprudenza (cfr. sentenza I 465/05 del 6 novembre 2006, pubblicata in DTF 133 V 108), il punto di riferimento temporale per valutare se si è in presenza di una modifica rilevante del grado di invalidità suscettivo di incidere notevolmente sul diritto alla prestazione è costituito, come nel caso di nuova domanda, dall'ultima decisione cresciuta in giudicato che si fonda su un esame materiale del diritto alla rendita. Nel caso concreto si tratta quindi della decisione del 14 agosto 1997. Questa decisione è stata presa fondandosi, per quanto riguarda l'aspetto medico, sulla perizia dei medici della \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ (doc. 44/1-5). Si tratta quindi di verificare se, da allora, è intervenuto un importante cambiamento. 2.10. L'UAI, conformemente a quanto stabilito dal TCA (cfr. consid. 2.2. e 2.7.), ha quindi affidato al SAM il mandato di esperire una perizia pluridisciplinare. In tale ambito, i medici del SAM hanno valutato la patologia pneumologica (dr. \_\_\_\_\_), neurologica (dr. \_\_\_\_\_), reumatologica (dr. \_\_\_\_\_), oncologica (dr. \_\_\_\_\_) e quella psichiatrica (dr. \_\_\_\_\_). L'aspetto pneumologico è stato vagliato dal dr. \_\_\_\_\_, Capo-servizio di pneumologia dell'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_, il quale, nel suo referto del 14 aprile 2008, ha posto le diagnosi di "asma bronchiale cronica grave con poliallergia; possibile componente di incipiente BPCO su tabagismo" (doc. 149-17). Lo specialista ha rilevato che l'assicurata ha avuto un decorso particolarmente grave dell'asma bronchiale soprattutto in età giovanile, con intubazione e ventilazione meccanica, che è poi sfociata in un'asma bronchiale cronica, per la quale, nel 1997, è stata dichiarata inabile al lavoro nella misura del 66 2/3 %. Il dr. \_\_\_\_\_ ha aggiunto che, se si analizza il decorso dell'asma bronchiale fino al 2004 - allorquando l'assicurata è stata sottoposta, nell'ambito della precedente perizia pluridisciplinare del SAM, ad un consulto pneumologico sempre a cura dello stesso dr. \_\_\_\_\_ (cfr. doc. 91/23-28) – con quello successivo al 2004, " non constatiamo oggettivamente peggioramenti nella frequenza delle esacerbazioni, nella necessità di utilizzo di corticosteroidi sistemici, rispettivamente nell'instabilità dell'asma " (doc. 149-17, il corsivo è della redattrice). Lo specialista ha quindi indicato di poter confermare "le diagnosi emesse nel 2004 di asma bronchiale cronica con componente poliallergica ed introduciamo inoltre la possibilità di una componente di BPCO su tabagismo", concludendo che " persiste un'inabilità lavorativa del 66 1/3 % come già precedentemente confermato nella perizia del 2004 e dai colleghi pneumologi precedentemente nel 1997 " (doc. 149-17, il corsivo è della redattrice). L'aspetto reumatologico è stato vagliato dal dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in reumatologia, il quale, nel suo referto del 4 marzo 2008, ha posto le diagnosi di "fibromialgia; sindrome lombospondilogenica cronica su esiti da distrofia e crescita di Scheuermann a livello del passaggio dorsolombare, iperlordosi lombare, avanzate alterazioni degenerative tra L3 e S1; sindrome cervicospondilogenica cronica con incipienti alterazioni degenerative multisegmentali; stato dopo asportazione della prima filiera del carpo a sinistra, stato dopo trasposizione s.c. del tendine estensore lungo del pollice a sinistra, persistenti dolori ai movimenti della mano sinistra, parziale perdita della funzione, sinovite cronica; gonalgie recidivanti a sinistra, con stato dopo asportazione di una plica sinoviale nel 2001, condropatia retropatellare anamnestica" (doc. 149-12). Lo specialista ha sottolineato che "per quanto riguarda i problemi a carico della colonna cervicale lombare, la situazione può essere ritenuta stabile da anni in relazione alla capacità lavorativa. Per quanto riguarda il polso sinistro, la situazione è invece peggiorata ad ogni intervento chirurgico. Nessun cambiamento di rilievo per quanto riguarda il ginocchio sinistro nel corso degli ultimi anni" (doc. 149-13, il corsivo è della redattrice). Quanto alla

capacità lavorativa, il dr. \_\_\_\_\_ ha considerato l'assicurata totalmente inabile al lavoro come operaia o cameriera, ma abile al lavoro a tempo pieno, ma con una diminuzione del rendimento del 40%, in qualità di telefonista e venditrice e in qualunque altra attività leggera e adatta alle sue condizioni di salute. Il dr. \_\_\_\_\_ si è così espresso in merito ai limiti funzionali dell'assicurata: " (...) Attività pesanti a mediamente pesanti non sono più esigibili. In un'attività leggera e adatta (per esempio venditrice o un lavoro d'ufficio a certe condizioni), che permetta il rispetto delle regole di ergonomia della schiena, eviti movimenti eccessivamente ripetitivi con il tronco, e posizioni statiche eccessivamente prolungate senza possibilità di sgranchirsi, eviti l'uso della mano sinistra per movimenti ripetitivi o con forza (sollevare e spostare oltre 2 kg con la mano sinistra), eviti movimenti ripetitivi di flessione/estensione del ginocchio sinistro in carico e la posizione inginocchiata prolungata con il ginocchio sinistro, l'assicurata è abile al lavoro a tempo pieno con un rendimento ridotto nella misura del 40%. Capacità funzionale residua (Base: esame della funzionalità fisica AI): a) Sollevamento e trasporto di carichi: La capacità funzionale residua per il sollevamento e trasporto di carichi molto leggeri è normale con la mano destra, esigua con la mano sinistra, per carichi leggeri è normale con la destra e nulla con la mano sinistra, per carichi medi è normale con la destra e nulla a sinistra, per carichi pesanti a molto pesanti non possono essere sollevati con una sola mano. La capacità funzionale per lavori sopra il piano delle spalle con pesi inferiori a 5 kg è ridotta, con pesi superiori è molto ridotta. b) Manipolazione di oggetti, attrezzi, pulsantiere: La capacità funzionale per la manipolazione di oggetti leggeri e lavori di precisione è normale con la mano destra ma molto ridotta con la sinistra, per oggetti medi è normale a destra, esigua a sinistra, per lavori pesanti e di manovalanza possono essere svolti in una certa misura con la mano destra ma non possono essere svolti con la mano sinistra. La rotazione della mano è normale a destra, esigua a sinistra. c) Posizioni di lavoro o dinamiche particolari: La capacità funzionale per posizioni di lavoro a braccia elevate è ridotta, con rotazione del tronco è ridotta, seduta e piegata in avanti è ridotta, eretta e piegata in avanti è ridotta, inginocchiata è ridotta, con ginocchia in flessione è ridotta. d) Mantenere posizioni statiche: La capacità funzionale per mantenere la posizione seduta o eretta è lievemente ridotta. e) Spostarsi, camminare: La capacità funzionale per spostamenti anche per lunghi tragitti e su terreno accidentato è solo lievemente ridotta, per salire e scendere le scale è lievemente ridotta. Lavori su ponteggi e scale a pioli non sono più esigibili. f) Diversi: L'impiego delle due mani è possibile normalmente a destra, in misura molto ridotta con la mano sinistra. (...)" (Doc. 149/13-14) L'aspetto neurologico è invece stato valutato dal dr. \_\_\_\_\_ specialista FMH in neurologia, il quale, nel suo referto del 17 marzo 2008, ha posto le diagnosi di "cefalee muscolo-tensive; neuropatia dei rami dorsali del II e III dito del ramo sensitivo superficiale del nervo radiale sinistro come presumibile esito degli interventi chirurgici eseguiti in questa sede" (doc. 149-4). Il dr. \_\_\_\_\_ ha rilevato che "da un punto di vista puramente neurologico non vi è una compromissione della capacità lavorativa sia per il suo lavoro abituale che in altri lavori come anche per l'attività di casalinga" (doc. 149-4, il corsivo è della redattrice). Lo specialista ha aggiunto che "la cefalea della paziente non determina una incapacità lavorativa permanente invalidante, può solo occasionalmente comportare delle incapacità lavorative temporanee nel corso di una crisi di cefalea" (doc. 149-5, il corsivo è della redattrice). Dal profilo prognostico, il dr. \_\_\_\_\_ ha considerato che "la neuropatia dei rami dorsali II e III del ramo sensitivo superficiale del nervo radiale sinistro è probabilmente definitiva", mentre per quanto riguarda la cefalea dell'assicurata, posto che

“è sempre difficile esprimersi sulla prognosi di una cefalea”, ha ritenuto che “la cefalea descritta dalla paziente sembrerebbe comunque stabile con le sue caratteristiche e frequenza negli ultimi anni” (doc. 149-5, il corsivo è della redattrice). L’aspetto oncologico è stato approfondito dal dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in medicina interna, oncologia-ematologia, il quale, nel suo referto peritale del 12 marzo 2008, posta la diagnosi di “cisto-adenocarcinoma mucinoso dell’ovaia destra, G2, con crescita invasiva di tipo infiltrativo ( Ø dal focolaio invasivo 1 cm) in cistoadenoma mucinoso di tipo borderline, stadio FIGO IA. Terapia oncologica: enucleazione della cisti ovarica destra in laparoscopia in data 12 dicembre 2003 con rottura della parete cistica durante l’intervento; istero-annessectomia bilaterale, omentectomia, linfadenectomia pelvica e paraortica in data 29 dicembre 2003 con assenza di ulteriori focolai carcinomatosi; quattro cicli di chemioterapia adiuvante con Paclitaxel e Carboplatino dal 3 febbraio al 27 aprile 2004; Situazione oncologica attuale: assenza di indizi clinici, radiologici o di laboratorio di recidiva neoplastica ai controlli di sorveglianza oncologici” (doc. 149-6), ha considerato l’interessata, dal punto di vista oncologico, abile al lavoro al 100% (doc. 149-7). Lo specialista ha aggiunto che “la diminuzione della capacità lavorativa non si giustifica per problematiche legate alla diagnosi oncologica e/o alle terapie oncologiche ricevute , ma eventualmente alle problematiche di tipo respiratorio, ortopedico e psichiatrico, per la cui valutazione si rimanda alla perizia dei colleghi specialisti” (doc. 149-7, il corsivo è della redattrice). Infine, l’aspetto psichico è stato vagliato dal dr. \_\_\_\_\_, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale, nel suo referto dell’11 marzo 2008, ha posto la diagnosi di “sindrome da disadattamento, reazione depressiva (ICD10-F43.21) da stress prolungato nel contesto di una condizione medica generale” (doc. 143-5). Il dr. \_\_\_\_\_ ha evidenziato di non avere riscontrato la presenza, durante l’esame peritale, di una patologia psichiatrica maggiore, di una sintomatologia depressiva grave o di uno stato ansioso incontrollabile. Lo specialista ha rilevato che vi è “una certa compromissione affettiva che peraltro attualmente la peritanda riconduce pressoché esclusivamente alla persistente sintomatologia algica muscolo-scheletrica”, aggiungendo che vi è “anche la tendenza non tanto all’aggravamento consapevole dei sintomi, ma a una certa loro drammatizzazione”. Il dr. \_\_\_\_\_ ha sottolineato di non potere escludere la presenza di un disturbo della sfera affettiva, aggiungendo tuttavia che “a mio modo di vedere, le sue caratteristiche non hanno un tale valore di malattia da giustificare una inabilità lavorativa significativa ” (doc. 143-5, il corsivo è della redattrice). In conclusione, lo specialista ha considerato che “il quadro depressivo obiettivo è reattivo alla sintomatologia algica fisiologica, ma riveste anche un significato rivendicativo e non è certamente di entità tale da giustificare una inabilità lavorativa in misura superiore al 30% sia in attività lucrative che in quella di casalinga” (doc. 143-5). Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 29 agosto 2008, i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali della ricorrente presso il citato centro d’accertamento, hanno posto le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di “asma bronchiale cronica grave con poliallergia; possibile componente di incipiente BPCO su tabagismo; fibromialgia; stato dopo asportazione della prima filiera del carpo a sinistra, stato dopo trasposizione s.c. del tendine estensore lungo del pollice a sinistra, persistenti dolori ai movimenti della mano sinistra, parziale perdita della funzione, sinovite cronica; sindrome lombospondilogenica cronica con esiti da distrofia di crescita di Scheuermann a livello del passaggio dorsolombare, iperlordosi lombare, avanzate alterazioni degenerative tra L3 e S1; sindrome cervicospondilogenica cronica con incipienti alterazioni degenerative multisegmentali;

gonalgie recidivanti a sinistra in stato dopo asportazione di una plica sinoviale nel 2001, condropatia retropatellare anamnestica; sindrome da disadattamento, reazione depressiva (ICD10-F43.21) da stress prolungato nel contesto di una condizione medica generale”, mentre quali diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa hanno indicato quelle di “cisto-adenocarcinoma mucinoso dell’ovaia destra, G2, con crescita invasiva di tipo infiltrativo (diametro dal focolaio invasivo 1 cm) in cistoadenoma mucinoso di tipo borderline, stadio FIGO IA. Terapia oncologica: enucleazione della cisti ovarica destra in laparoscopia in data 12 dicembre 2003 con rottura della parete cistica durante l’intervento, istero-annessectomia bilaterale, omentectomia, linfadenectomia pelvica e paraortica in data 29 dicembre 2003 con assenza di ulteriori focolai carcinomatosi; quattro cicli di chemioterapia adiuvante con Paclitaxel e Carboplatino dal 3 febbraio al 27 aprile 2004, assenza di indizi clinici, radiologici o di laboratorio di recidiva neoplastica ai controlli di sorveglianza oncologici; cefalee muscolo-tensive; neuropatia dei rami dorsali del II e III dito del ramo sensitivo superficiale del nervo radiale sinistro come presumibile esito degli interventi chirurgici eseguiti in questa sede” (doc. 148/14-15). Quanto alla capacità lavorativa, i medici del SAM hanno ritenuto l’assicurata inabile al lavoro al 67% nella sua precedente attività di telefonista/centralinista e in altre attività leggere adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali (doc. 148/20-21). A seguito delle contestazioni presentate dal patrocinatore dell’assicurata contro il progetto di decisione di riduzione a tre quarti della rendita di invalidità spettante all’interessata (cfr. doc. 155), il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, spec. FMH in medicina interna (sul diritto per gli assicurati di conoscere la specializzazione dei medici del SMR, cfr. SVR 2008 IV Nr. 13), nelle sue annotazioni del 18 novembre 2008, ha indicato: " Revisione di rendita d'ufficio. A beneficio di una rendita intera dal settembre 1996 risp. di ¾ di rendita dall'aprile 2005 in seguito all'entrata in vigore della IV revisione LAI il 1° gennaio 2004 (grado d'invalidità = 67%). In seguito alla sentenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni del 1° febbraio 2007, si procede ad una perizia SAM (rapporto del 29 agosto 2008), dalla quale scaturisce il progetto di decisione del 26 settembre 2008: conferma della riduzione della rendita d'invalidità a ¾ (grado d'invalidità = 67%). In fase di audizione, l'avvocato patrocinatore dell'assicurata, RA 1, contesta il calcolo dei redditi e pretende la cumulabilità dell'inabilità lavorativa identificata dai periti SAM, causata dai vari disturbi (di tipo pneumologico, reumatologico e psichiatrico). La patologia pneumologica non presenta un peggioramento sicuro, la fluttuazione dei risultati degli esami paraclinici è attribuita al decorso usuale dell'asma. L'inabilità lavorativa del 66 2/3 % per l'attività di segretaria-telefonista è confermata a causa della limitata tolleranza allo sforzo e delle frequenti esacerbazioni. Dal punto di vista reumatologico, il rendimento è ridotto nella misura del 40% per un'attività rispettosa dei limiti funzionali come quella di segretaria-telefonista, fisicamente leggera. La patologia psichiatrica diminuisce la capacità lavorativa per ogni attività nella misura del 30% Nessuna compromissione della capacità lavorativa da parte neurologica ed oncologica. La capacità lavorativa è limitata in modo prevalente dalla patologia polmonare, stazionaria, la quale compromette in gran parte la tolleranza allo sforzo così come la patologia reumatologica ed anche quella psichiatrica. Per questo motivo non sono cumulabili i singoli tassi d'inabilità lavorativa. Le conclusioni della perizia SAM sono coerenti ed appoggiate dall'obiettività clinica, la quale non depone per un peggioramento dello stato di salute." (Doc. 157-1) Sulla base di tali osservazioni, l’UAI ha quindi confermato la riduzione a tre quarti della rendita spettante all’assicurata. 2.11. Con il ricorso, l’assicurata ha contestato la decisione dell’amministrazione, trasmettendo al Tribunale, a comprova del presunto peggioramento del suo stato di salute, i seguenti

certificati medici: - referto del 6 febbraio 2009 del dr. \_\_\_\_\_, medico aggiunto di ortopedia presso l'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_, indirizzato al dr. \_\_\_\_\_ del seguente tenore: " La ringrazio di avermi consultato nel caso della paziente summenzionata la quale mi riferisce l'apparizione di una gonalgia sx che comporta dei cedimenti articolari. All'anamnesi ortopedica vi era stato dopo una rimozione di una plica sinoviale del ginocchio sx circa nel 2000. Clinicamente trovo un ginocchio sx senza versamento, dolori sull'emirima mediale con segni per lesioni meniscali positivi. Flessione 100° deficit estensorio di 5. Una RM del 26.1.09 mostra la presenza di una lesione inferiore del menisco mediale. Visto che il grado di sofferenza è alto abbiamo concordato un'artroscopia con meniscectomia mediale il 06.02.09. Eseguirò questo intervento presso la Clinica \_\_\_\_\_ visto che la paziente vuole essere operata rapidamente." (Doc. A2) - referto del 4 febbraio 2009 del dr. \_\_\_\_\_, nel quale si legge: " Con il presente si certifica che la summenzionata paziente si è recata in data 26 gennaio 2009 presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ per effettuare una RM. In data 6 febbraio 2009 è previsto un intervento presso la Clinica di \_\_\_\_\_." (Doc. A3) - referto del 27 gennaio 2009 del dr. \_\_\_\_\_, Primario di radiologia dell'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_, indirizzato al dr. \_\_\_\_\_, che giunge alle seguenti conclusioni: " Lesione obliqua del corno posteriore e della parte intermedia del menisco mediale con contatto con la superficie meniscale superiore." (Doc. A4) - copia degli esami di laboratorio (ematochimico e ematologia) del 2 febbraio 2009 (doc. A5 e A6); - rapporto operatorio del 6 febbraio 2009, redatto dal dr. \_\_\_\_\_, relativo all'intervento di artroscopia con rimozione della lesione meniscale al ginocchio sinistro (doc. A7). Al riguardo, il dr. D. \_\_\_\_\_ del SMR, specialista FMH in medicina generale, nelle sue annotazioni del 5 maggio 2009, ha osservato: " Assicurata nata nel 1966 con grado AI 67% dal 1.9.1996. Grado AI confermato con decisione del 11.3.2005 dopo perizia SAM. Perizia in ambito SAM 3.2008 come da sentenza TCA del 7.2.2007 che richiede che venga meglio accertata la CL residua in particolare per quanto concerne il lato oncologico. Diagnosi: asma bronchiale cronica grave con poliallergia Possibile componente di incipiente BPCO su tabagismo Fibromialgia Stato dopo asportazione della prima filiera del carpo a sin., stato dopo trasposizione s.c. del tendine estensore lungo del pollice a sin., persistenti dolori ai movimenti della mano sin., parziale perdita della funzione, sinovite cronica. Sindrome lombospondilogenica cronica: - esiti da distrofia di crescita di Scheuermann a livello del passaggio dorsolombare, iperlordosi lombare; - avanzate alterazioni degenerative tra L3 e S1. Sindrome cervicospondilogenica cronica: - incipienti alterazioni degenerative multisegmentali. Gonalgie recidivanti a sin.: - stato dopo asportazione di una plica sinoviale nel 2001; - condropatia retropatellare anamnestic. Sindrome da disadattamento, reazione depressiva (ICD10-F43.21) da stress prolungato nel contesto di una condizione medica generale. Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Cisto-adenocarcinoma mucinoso dell'ovaia ds., G2, con crescita invasiva di tipo infiltrativo (diametro dal focolaio invasivo 1 cm) in cistoadenoma mucinoso di tipo borderline, stadio FIGO IA. Terapia oncologica: - enucleazione della cisti ovarica ds in laparoscopia in data 12.12.2003 con rottura della parete cistica durante l'intervento; - istero-annessectomia bilaterale, omentectomia, linfadenectomia pelvica e paraortica in data 29.12.2003 con assenza di ulteriori focolai carcinomatosi; - quattro cicli di chemioterapia adiuvante con Paclitaxel e Carboplatino dal 3.02 al 27.04.2004; - assenza di indizi clinici, radiologici o di laboratorio di recidiva neoplastica ai controlli di sorveglianza oncologici. Cefalee muscolo-tensive. Neuropatia dei rami dorsali del II e III dito del ramo sensitivo superficiale del nervo radiale sin. come

presumibile esito degli interventi chirurgici eseguiti in questa sede. Lato pneumologico: impedimento del 66,6% Lato neurologico: assenza di impedimento Lato reumatologico: impedimento del 40% in attività adatta Impedimento psichiatrico: 30% Impedimento oncologico: assenza di impedimento Conclusione: abile al 33% quale telefonista Decisione UAI 16.3.2009: grado AI 67% confermato Documentazione presentata in sede di ricorso: certificato dr. \_\_\_\_\_ del 6.2.2009: - presenza di gonalgia a sinistra - ginocchio all'esame clinico senza versamento con segni per sospetta lesione meniscale, sospetto confermato alla RM del 26.1.2009, prevista artroscopia il 6.2.2009 referto RM ginocchio sinistro del 26.1.2009: - lesione obliqua del corno posteriore e della parte intermedia del menisco mediale con contatto con la superficie meniscale superiore esami di laboratorio (ultimi esami del 2.2.2009): lieve rialzo di una transaminasi (senza rilevanza clinica), resto completamente nella norma. Rapporto operatorio del 6.2.2009: artroscopia con rimozione della lesione meniscale ginocchio sinistro : - assenza di lesioni della cartilagine - lesione del menisco mediale con lembo libero, resecato. Valutazione: L'attuale documentazione evidenzia una intercorrente problematica: lesione meniscale al ginocchio sinistro. Questa problematica è stata risolta con l'artroscopia del 6.2.2009. In assenza di complicazioni questa problematica ha portato ad una inabilità lavorativa completa limitata nel tempo (poche settimane). Da notare l'assenza di una problematica cartilaginea che avrebbe potuto ipotecare un rapido ricupero dopo l'artroscopia. Al più tardi a partire dal 1.3.2009 è da ritenersi un ricupero della funzionalità articolare come da perizia SAM 2008." (Doc. V/bis) L'assicurata ha poi trasmesso ulteriori referti medici e meglio: - scritto del 26 gennaio 2009 della dr.ssa \_\_\_\_\_ del Pronto Soccorso dell'Ospedale regionale di \_\_\_\_\_, inviato al dr. \_\_\_\_\_, nel quale, posta la diagnosi di "trauma contusivo in regione scapolare destra con contrattura muscolare", viene indicata, quale proposta, quella di "controlli dal curante al bisogno" (doc. 165); - richiesta del 15 giugno 2009 di esame radiologico della colonna lombare inoltrata dal dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in malattie reumatiche, all' \_\_\_\_\_ (doc. 166); - certificato del 10 giugno 2009 della dr.ssa \_\_\_\_\_, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, del seguente tenore: " Con la presente si certifica che la Signora RI 1, 1966, frequenta il day hospital dal 28.09.2005. Qui di seguito indichiamo i giorni che la signora RI 1 si è recata nello studio di \_\_\_\_\_ a partire dall'ultima visita segnalata il 27.05.2009. Giugno 03.06.2009 10.06.2009 17.06.2009 18.06.2009 22.06.2009 (piscina \_\_\_\_\_) 24.06.2009" (Doc. AI 167) - certificato del 17 giugno 2009 della dr.ssa \_\_\_\_\_, del seguente tenore: " Con la presente si certifica che la Signora RI 1, 1966, frequenta il day hospital dal 28.09.2005. Qui di seguito indichiamo i giorni che la signora RI 1 si è recata nello studio di \_\_\_\_\_ a partire dall'ultima visita segnalata il 23.04.2009. Maggio 06.05.2009 07.05.2009 (piscina \_\_\_\_\_) 13.05.2009 14.05.2009 (piscina \_\_\_\_\_) 27.05.2009 " (Doc. AI 168) L'assicurata ha inoltre prodotto il seguente referto, datato 2 settembre 2009, del dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in malattie reumatiche, indirizzato al dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in medicina interna: " Ti riferisco nuovamente a proposito della summenzionata paziente, che ho avuto occasione di ricontrattare nel corso degli ultimi mesi (ultimo controllo eseguito 1.09.2009). Diagnosi: 1. Sindrome del dolore cronico - DD: sindrome fibromialgica primaria, sindrome somatoforme. 2. Sindrome panvertebrale cronica su: - Stato dopo morbo di Scheuermann con grave discopatia degenerativa L4-L5. - Attualmente esacerbazione dei dolori lombospondilogeni su: - Discopatia a livello L3-L4 ed L4-L5 (vedi referto MRI del 25.06.2009). - Eseguita infiltrazione peridurale con corticosteroidi il 18.08.2009. - DD: nell'ambito della diagnosi 1.

**E. 4**

Importante asma allergica.

**E. 5**

Esiti da triplice intervento al polso sx tra il 2005 ed il 2006 con persistente deficit funzionale.

**E. 6**

Esiti da isterectomia ed annessectomia per cistoadenocarcinoma mucinoso dell'ovaia dx nel 2003.

**E. 7**

Esiti da intervento artroscopico al ginocchio sx plica sinoviale nel 2000. Anamnesi: Vedi rapporto precedente del 05.05.2009. Radiologia: MRI colonna lombare del 25.06.2009 (eseguita presso la clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_; referto del dr. \_\_\_\_\_): a livello L3-L4 viene descritto un bulging discale asimmetrico, prevalentemente verso sx, con restringimento del forame. A livello L4-L5 presenza di un'ernia discale medio-laterale dx in possibile conflitto con la radice L5. MRI delle articolazioni sacroiliache del 25.06.2009 (eseguita presso la clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_; referto del dr. \_\_\_\_\_): assenza di significative alterazioni osteo-articolari, nessun indizio radiologico per la presenza di una sacroileite. Decorso: In occasione del controllo verso metà giugno la paziente continuava a lamentare forti dolori lombari, soprattutto di notte ed al mattino, parzialmente irradianti nelle gambe, a sx più che a dx. Nel frattempo la dose di Durogesic era stata ridotta a solo metà cerotto da 25pg. Per valutare evtl. patologie degenerative o infiammatorie le ho fatto poi eseguire una MRI sia della colonna lombare che delle articolazioni sacro-iliache: gli esami hanno confermato delle discopatie a livello L3-L4 ed L4-L5, con un possibile conflitto con la radice L5 di dx; nessun segno invece per una patologia infiammatoria né del rachide, né tanto meno delle sacroiliache. In presenza di queste discopatie il 18.08.2009 ho eseguito un'infiltrazione peridurale (blocco sacrale) con 80mg di Triamcort, 3ml di Lidocaina e 10ml di NaCl. In occasione dell'ultimo controllo dell'1.09.2009 la paziente ha confermato di stare leggermente meglio, i dolori lombari sono parzialmente diminuiti, anche se in parte ancora presenti, soprattutto quando esegue determinati movimenti o degli sforzi fisici. Nel frattempo ha comunque interrotto l'assunzione di Durogesic, sostituita ora con del semplice Co-Dafalgan. In presenza di una sindrome del dolore cronico con forti tratti somatoformi risulta essere molto difficile valutare l'origine dei suoi dolori e quanto questi possono avere una relazione con le descritte discopatie lombari. Il blocco sacrale sembra comunque aver portato ad un parziale miglioramento dei dolori, così che ora le ho prescritto un ciclo di fisioterapia, che verrà prossimamente eseguito presso lo studio del signor \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, comprendente da una parte misure passive antalgiche, dall'altra misure attive per migliorare la tonicità della muscolatura del tronco. Ho quindi pregato la signora RI 1 di riannunciarsi al termine della fisioterapia per un breve controllo clinico. Sarà mia premura tenerti informato sull'ulteriore decorso." (Doc. C) Nelle sue annotazioni del 15 settembre 2009, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha osservato: " Assicurata nata nel 1966, ritenuta abile al 33% in attività leggera sin dal 1.9.1996 Peritata in ambito SAM 3.2008 Con decisione del 16.3.2009 viene confermato il grado AI 67% Vedi nota riassuntiva del 5.5.2009 Ricorso, nuova documentazione: rapporto dr. \_\_\_\_\_ del 2.9.2009 : diagnosi di sindrome del dolore cronico sindrome panvertebrale - viene confermata la presenza di

discopatie a livello L3/L4 e L4/L5 - assenza di patologia infiammatoria del rachide o delle articolazioni sacroiliache - presa di Durogesic sospesa - risulta difficile distinguere l'origine dei dolori (problematica somatoforme vs. discopatia lombare) Valutazione : l'attuale rapporto del dr. \_\_\_\_\_ non evidenzia una sostanziale modifica dello stato di salute dell'assicurata. Vengono confermate le note patologie (alterazioni di tipo degenerativo a livello in particolare degli interspazi L3/L4 e L4/L5 del rachide lombare, patologie complicate da una importante componente somatoforme/fibromialgica). Rimangono quindi valide le conclusioni della perizia SAM." (Doc. XI/1) 2.12. 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: " (...) 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). 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 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. CFPG, 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).

2.13. Nel caso di specie, questo Tribunale, viste le risultanze mediche sopra esposte (consid. 2.7.-2.11.) e richiamata la giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici (consid. 2.12.), non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale effettuata dai medici del SAM - da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati - motivo per il quale occorre ritenere che, a ragione, l'Ufficio AI ha ritenuto l'interessata inabile al lavoro al 67% sia nella sua precedente attività di telefonista/centralinista, sia in altre attività leggere adeguate, rispettose dei suoi limiti funzionali.

2.13.1. Dal profilo neurologico, alla perizia del dr. \_\_\_\_\_ del 17 marzo 2008, completa e priva di contraddizioni, va riconosciuta forza probatoria piena. Nel suo referto peritale, il dr. \_\_\_\_\_ poste le diagnosi di "cefalee muscolo-tensive; neuropatia dei rami dorsali del II e III dito del ramo sensitivo superficiale del nervo radiale sinistro come presumibile esito degli interventi chirurgici eseguiti in questa sede", ha evidenziato che, dal profilo neurologico, non vi è alcuna riduzione della capacità lavorativa dell'assicurata (doc. 149-4). Questa conclusione specialistica, che del resto non è stata contestata attraverso dei referti medico-specialistici attestanti delle patologie neurologiche con influsso sulla capacità lavorativa residua, può essere fatta propria dal TCA. 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 alla 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).

2.13.2. Quanto all'aspetto oncologico, nel suo consulto peritale del 12 marzo 2008, il dr. \_\_\_\_\_, dopo avere indicato che l'assicurata ha subito un intervento di enucleazione della cisti ovarica destra in laparoscopia in data 12 dicembre 2003 e avere

rammentato la terapia oncologica alla quale ella è stata sottoposta, ha rilevato “l’assenza di indizi clinici, radiologici o di laboratorio di recidiva neoplastica ai controlli di sorveglianza oncologici”, ritenendo l’assicurata, dal profilo strettamente oncologico, pienamente abile al lavoro nella sua precedente attività, così come in altre attività leggere (cfr. doc. 149/6-7). Il TCA non ha motivo per distanziarsi nemmeno da queste conclusioni dello specialista in oncologia, che non sono del resto state smentite da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti. 2.13.3. L’aspetto reumatologico è stato invece valutato nel contesto della perizia del SAM, tramite il consulto specialistico del dr. \_\_\_\_\_, il quale, nel suo rapporto peritale del 4 marzo 2008, dopo avere elencato le patologie che affliggono l’assicurata, ha considerato che non siano più esigibili dall’interessata le attività di operaia e di cameriera, mentre ha ritenuto esigibili a tempo pieno, ma con una riduzione del rendimento del 40%, lavori di ufficio, lavori di segretariato, l’attività di telefonista e quella di venditrice (doc. 149-13). Il TCA non ha motivo per distanziarsi neppure da queste conclusioni dello specialista in reumatologia, che non possono essere messe in discussione dal referto del 2 settembre 2009 del dr. \_\_\_\_\_ prodotto dall’assicurata in corso di causa (doc. C). In tale referto, questo specialista ha diagnosticato l’esistenza di una sindrome del dolore cronico e di una sindrome panvertebrale cronica. Al riguardo, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, nelle sue annotazioni del 15 settembre 2009, ha rilevato che il dr. \_\_\_\_\_ ha confermato la presenza di patologie già note, in particolare di alterazioni degenerative a livello L3/L4 e L4/L5 del rachide lombare, complicate da una importante componente somatoforme e fibromialgica. A mente del dr. \_\_\_\_\_, dunque, il referto del dr. \_\_\_\_\_ “non evidenzia una sostanziale modifica dello stato di salute dell’assicurata”, motivo per il quale “rimangono valide le conclusioni della perizia SAM” (doc. XI/1, il corsivo è della redattrice). Il TCA concorda con queste considerazioni del medico del SMR. 2.13.4. L’aspetto psichiatrico è stato valutato, nell’ambito della perizia del SAM, da parte del dr. \_\_\_\_\_, il quale, nel suo referto dell’11 marzo 2008, dopo avere diagnosticato una “sindrome da disadattamento, reazione depressiva (ICD10-F43.21) da stress prolungato nel contesto di una condizione medica generale”, ha rilevato che il quadro psicopatologico attuale “non è certamente di entità tale da giustificare una inabilità in misura superiore al 30%, sia in attività lucrative che in quella di casalinga” (doc. 143-5). Il TCA non ha motivo per distanziarsi nemmeno da questa valutazione peritale, che del resto non è stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti. Il patrocinatore dell’assicurata, infatti, in sede ricorsuale, si è limitato a contestare la valutazione psichiatrica del dr. \_\_\_\_\_, in quanto il perito “accusa, neanche tanto velatamente, la ricorrente di essere una simulatrice” (doc. I). Al riguardo, il TCA rileva che il dr. \_\_\_\_\_, nel proprio referto peritale, ha evidenziato che l’assicurata presenta “anche la tendenza non tanto all’aggravamento consapevole dei sintomi ma a una certa loro drammatizzazione” (doc. 143-5, il corsivo è della redattrice). Pertanto, contrariamente a quanto sostenuto dal patrocinatore, il perito ha solo constatato una tendenza alla drammatizzazione dei sintomi da parte dell’assicurata, non un loro aggravamento consapevole. La contestazione ricorsuale non ha quindi ragion d’essere. Per il resto, l’assicurata non ha prodotto ulteriori referti specialistici, attestanti delle patologie psichiatriche maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell’interessata. L’interessata si è infatti limitata a trasmettere al Tribunale due referti della dr.ssa \_\_\_\_\_, con l’indicazione delle date nelle quali, nei mesi di maggio e di giugno 2009, l’assicurata si è recata nello studio di \_\_\_\_\_ (doc. VII/167-168). Tali

comunicazioni, prive di qualunque indicazione in merito alle patologie dell'interessata, al loro decorso e all'influsso sulla capacità lavorativa residua dell'assicurata, non sono quindi in grado di mettere in dubbio le conclusioni alle quali è giunto il perito, dr. \_\_\_\_\_, nel suo referto peritale. 2.13.5. L'aspetto pneumologico è stato valutato, nel contesto della perizia del SAM, tramite il consulto specialistico del dr. \_\_\_\_\_, il quale, nel suo rapporto peritale del 14 aprile 2008, poste le diagnosi di "asma bronchiale cronica grave con poliallergia; possibile componente di incipiente BPCO su tabagismo", ha ritenuto che "persiste un'inabilità lavorativa del 66 1/3 %, come già precedentemente confermato nella perizia del 2004 e dai colleghi pneumologi precedentemente nel 1997" (doc. 149-17, il corsivo è della redattrice). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da tale valutazione peritale, che non è del resto stata contestata dall'assicurata tramite dei referti medico-specialistici attestanti delle patologie pneumologiche maggiormente invalidanti, in grado di influire ulteriormente sulla sua capacità lavorativa residua. In sede ricorsuale, il patrocinatore dell'interessata si è infatti limitato a contestare la valutazione pneumologica del dr. \_\_\_\_\_, osservando che "il nuovo rapporto del dr. \_\_\_\_\_ non considera minimamente le conseguenze della perizia sulla rendita. Ciò sarebbe di per sé corretto, se non che sottovaluta completamente che nel 1997 i periti di \_\_\_\_\_ con 66.66% intendevano manifestamente una rendita intera. Il perito non può quindi limitarsi ad una pedissequa ripresa dei dati ma deve valutare sulla base dei mutati criteri di giudizio e delle mutate scale di valore" (doc. I). Al riguardo il TCA ricorda che compito del perito medico è quello di valutare quali siano le patologie che affliggono gli assicurati e di stabilire quali ripercussioni queste ultime abbiano sulla capacità lavorativa residua, sia nella precedente professione, che in altre attività adeguate. Spetta poi all'amministrazione, sulla base di una valutazione economica, stabilire se e in che misura il singolo assicurato abbia diritto o meno ad una rendita di invalidità. Va a questo proposito sottolineato, che l'invalidità nell'ambito delle assicurazioni sociali svizzere è un concetto economico-giuridico e non medico (cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali" in *Le perizie giudiziarie*, Ed. CFP, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 seg. (211 n. 6)). Pertanto, il TCA considera corretta la valutazione peritale effettuata dal dr. \_\_\_\_\_, il quale ha espressamente rilevato di concordare, quanto al grado di incapacità lavorativa dell'interessata, con quanto già ritenuto, in passato, nel 1997, dai colleghi pneumologi di \_\_\_\_\_ e con quanto da lui stesso indicato nel precedente rapporto peritale del 6 dicembre 2004 (doc. 91/23-28). Il dr. \_\_\_\_\_ ha infatti sottolineato che confrontando il decorso dell'asma bronchiale dell'interessata fino al 2004 con quello successivo al 2004, "non constatiamo oggettivamente peggioramenti nella frequenza delle esacerbazioni, nella necessità di utilizzo di corticosteroidi sistemici, rispettivamente nell'instabilità dell'asma" (doc. 149-17, il corsivo è della redattrice). 2.13.6. Infine, a proposito della critica del patrocinatore dell'interessata riguardo al fatto che l'amministrazione non avrebbe considerato i disturbi ortopedici dell'interessata, questo Tribunale rileva che, nella sentenza 32.2006.33 del 1° febbraio 2007 - cresciuta in giudicato a seguito del ritiro del ricorso al Tribunale federale da parte dell'assicurata (cfr. doc. 127) – il TCA aveva ritenuto di potere confermare le conclusioni alle quali era giunto il perito ortopedico, dr. \_\_\_\_\_, il quale, nel suo referto peritale del 4 gennaio 2005, poste le diagnosi di "sindrome vertebrale, rispettivamente spondilogeno lombare in presenza di una degenerazione segmentale marcata L4/L5 e di un'anomalia della transizione lombo-sacrale; sindrome vertebrale cervicale-inferiore in presenza di un disturbo funzionale segmentale a sinistra più che a destra; snapping scapola sinistra; lieve sindrome femoro-patellare ginocchio sinistro, senza

versamento articolare, senza risparmio muscolare, senza deficit funzionale; lieve sindrome del tunnel carpale bilaterale”, aveva ritenuto l’assicurata pienamente abile al lavoro sia nella sua precedente attività, sia in altre attività adatte (cfr. doc. 91/17-18). Ora, è vero che dopo questa valutazione peritale, l’assicurata è stata sottoposta, in data 6 febbraio 2009, ad un intervento di artroscopia con rimozione della lesione meniscale al ginocchio sinistro da parte del dr. \_\_\_\_\_. Nel referto operatorio del 6 febbraio 2009, il dr. \_\_\_\_\_ ha indicato che, nel compartimento mediale e laterale, non vi sono lesioni cartilaginee, mentre vi è una lesione del menisco mediale (cfr. doc. A7). Al riguardo, va comunque rilevato che, nelle sue annotazioni del 5 maggio 2009, il dr. \_\_\_\_\_ del SMR ha osservato che la lesione meniscale al ginocchio sinistro dell’interessata è stata risolta con l’artroscopia del 6 febbraio 2009, aggiungendo che “in assenza di complicazioni, questa problematica ha portato ad una inabilità lavorativa completa limitata nel tempo (poche settimane)”. Il dr. \_\_\_\_\_ ha pure messo in evidenza “l’assenza di una problematica cartilaginea che avrebbe potuto ipotecare un rapido ricupero dopo l’artroscopia”. Pertanto, a mente del dr. \_\_\_\_\_, “al più tardi a partire dal 1° marzo 2009 è da ritenersi un ricupero della funzionalità articolare come da perizia SAM 2008” (doc. V/bis, il corsivo è della redattrice). Il TCA non può che fare proprie queste considerazioni del medico SMR, che non sono del resto state smentite da altri referti specialistici attestanti, dal profilo strettamente ortopedico, una duratura incapacità lavorativa dell’interessata. Si ribadisce comunque che il presente giudizio non pregiudica eventuali diritti dell’assicurata 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). Alla luce di quanto esposto e della giurisprudenza in materia di valore probatorio dei referti medici (cfr. consid. 2.12.), il TCA ritiene che lo stato di salute dell’assicurata sia stato dettagliatamente ed approfonditamente vagliato dai medici del SAM e che i referti del dr. \_\_\_\_\_ non apportano nuovi elementi, non apprezzati in sede peritale, in grado di influire sulle valutazioni specialistiche dei periti dell’amministrazione. 2.13.7. Tenuto conto dei singoli consulti, con referto del 29 agosto 2008, i medici del SAM hanno ritenuto che, globalmente, l’assicurata presenti un’incapacità lavorativa del 67% sia nella sua precedente attività di telefonista/centralinista, sia in altre attività leggere adeguate alle sue limitazioni funzionali (doc. 148/20-21). Il patrocinatore dell’interessata ha contestato questa valutazione globale dei medici del SAM, indicando che “pur menzionando tutte le patologie, il rapporto SAM non fa alcuno sforzo per produrre un giudizio sintetico che non può che condurre a un grado di invalidità superiore al 70%, non fosse che per la semplice constatazione che dal 1997 c’è stato un considerevole aumento del numero delle patologie” (doc. I). A tale riguardo, il TCA rileva che, contrariamente a quanto preteso dal patrocinatore dell’interessata, nel referto peritale del 29 agosto 2008, i medici del SAM - dopo avere riassunto quanto stabilito dai diversi specialisti consultati in ambito pneumologico, neurologico, reumatologico, psichiatrico e oncologico nei loro singoli referti peritali (cfr. doc. 148/16-20) - hanno indicato che, dopo un’esauriente discussione tra tutti i medici periti del SAM (cfr. doc. 148-22, il corsivo è della redattrice), hanno determinato il grado di capacità lavorativa globale dell’assicurata sia nella sua precedente attività, che in altre attività adatte. In particolare, i medici del SAM, al paragrafo 8 “conseguenze sulla capacità lavorativa” (cfr. doc. 148-20), hanno sottolineato come nel caso dell’assicurata sia predominante la patologia polmonare; giochino un ruolo anche le affezioni psichiatriche e muscolo-scheletriche, mentre le patologie neurologica e oncologica non abbiano alcuna ripercussione sulla capacità lavorativa residua. I medici del SAM hanno poi espressamente

indicato che “le limitazioni evidenziate a livello pneumologico, muscolo-scheletrico e psicologico e mentale si riferiscono in maniera preponderante all’intolleranza allo sforzo, alla stanchezza cronica causata dalla sintomatologia algica e dalla limitata funzione polmonare, per cui non vanno cumulate in quanto si sovrappongono ” (doc. 148-21, il corsivo è della redattrice). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da queste considerazioni, motivate, dei medici del SAM, che ben illustrano le ragioni per le quali non può essere seguita la tesi del patrocinatore dell’assicurata a proposito del fatto che, visto l’aumento, rispetto al 1997, del numero di patologie dell’interessata, deve, di conseguenza, pure aumentare il grado di inabilità lavorativa che ne deriva. In tale contesto ricordato che secondo l’Alta Corte, per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie, non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo a un giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati. La questione di sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione (cfr. STFA del 4 settembre 2001 nella causa D., I 338/01, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, p. 485). In una sentenza del 19 agosto 2005 nella causa D., I 606/03, lo stesso TFA ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell’incapacità lavorativa va di regola eseguito nell’ambito di una perizia pluridisciplinare, ciò che nella causa in esame è stato fatto. 2.13.8. Pertanto, sulla base delle affidabili e concludenti risultanze mediche SAM, richiamato inoltre l’obbligo che per consolidata giurisprudenza incombe all’assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell’ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati, 115 V 142 consid. 8b, 113 V 323 consid. 2a, 112 V 32 consid. 1c, 111 V 188 consid. 2b), che l’assicurata sia inabile al lavoro nella misura del 67% sia nella sua precedente attività di telefonista/centralinista, sia in altre attività leggere adeguate. Pertanto, ritenuto che il grado di inabilità lavorativa dell’assicurata è rimasto invariato, anche il suo grado di invalidità non può subire variazioni: l’assicurata, che conserva una capacità lavorativa residua del 33% nella sua attività di telefonista/centralinista, nella quale è in grado di conseguire, mettendo a frutto la sua capacità lavorativa residua, un reddito corrispondente al 33% del reddito realizzabile senza il danno alla salute (100%), presenta dunque, come indicato dall’UAI, un’incapacità lucrativa del 67% (cfr. al riguardo DTF 114 V 310 consid. 3a pag. 313 con riferimenti; STF 9C\_776/2007 del 14 agosto 2008), percentuale che dà diritto - a seguito dell’entrata in vigore, a partire dal 1° gennaio 2004, della IV revisione della LAI (cfr. consid. 2.3.) - a tre quarti di rendita d’invalidità, come deciso dall’amministrazione. Il TCA non può condividere la tesi ricorsuale secondo la quale, nel caso dell’assicurata, essendo la stessa assente dal mondo del lavoro fin dal 1994, il grado di invalidità non possa essere determinato con riferimento alla sua precedente attività, ma solo riferendosi ad altre attività adeguate (doc. I). Al riguardo, già l’avv. \_\_\_\_\_ del Servizio giuridico dell’UAI, nella “proposta giurista” del 30 dicembre 2008, ha osservato: " Questione posta dal \_\_\_\_\_ in data 19.11.2008. Si conferma integralmente il

contenuto del rapporto della consulente in integrazione dell'11.9.2008 (attività esigibili, reddito da valido, reddito da invalido, proposte formative, in particolare aiuto al collocamento). Il minor discapito economico è raggiunto nella precedente attività. La precedente attività è tuttora esigibile, e l'assicurata non potrebbe meglio valorizzare la sua capacità lavorativa residua in attività alternative. La capacità lavorativa del 33% nella precedente attività implica, di riflesso, quella al guadagno con grado d'invalidità del 67%. Come indicato espressamente dal TCA nella sentenza 1.2.2007 al punto 2.9 "In ogni caso, nella misura in cui dagli ulteriori accertamenti medici dovesse risultare che effettivamente l'assicurata è ancora abile al lavoro nella misura del 33% sia nella sua attività svolta che in attività leggere adeguate, va confermata la conclusione dell'Ufficio AI secondo la quale "(...) siccome l'assicurata (in base all'esito peritale) è stata ritenuta valida nella misura del 33% nella sua professione di telefonista-centralinista, è proprio in detta attività che essa può mettere a maggior frutto la sua residua capacità al lavoro, senza dover intraprendere un'altra attività (...)." (doc. IV). Infatti, in una tale evenienza - medesima capacità lavorativa sia nell'attività precedente che in attività adeguate (non sussistendo motivi per poter concludere che in un'altra attività il suo guadagno potrebbe essere maggiore) - non è necessario procedere ad un confronto dei redditi." (Doc. 160-1) Pertanto, stante quanto sopra esposto, questo Tribunale non può che ritenere corretto procedere ad una riduzione delle prestazioni. Queste ultime vanno ridotte a tre quarti di rendita, per un grado di invalidità del 67%, a partire dal 1° aprile 2005, in quanto, giusta l'art. 88bis cpv. 2 OAI, la riduzione della rendita è messa in atto, al più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. Nel caso di specie, come correttamente rilevato dall'UAI nella decisione impugnata, sulla base della giurisprudenza pubblicata in DTF 106 V 108, confermata in DTF 129 V 370 - nella quale l'Alta Corte, confermando la precedente giurisprudenza, ha indicato che "se l'effetto sospensivo viene ritirato a un ricorso diretto contro una decisione di revisione che sopprime o riduce una rendita o un assegno per grandi invalidi, questo ritiro dura, nel caso di rinvio degli atti all'amministrazione, anche durante tutta questa procedura di istruzione fino alla notifica della nuova decisione" - il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione corrisponde al 1° aprile 2005, dato che la precedente decisione, datata 2 febbraio 2005 - con la quale l'UAI, in sede di revisione, aveva ridotto le prestazioni a favore dell'interessata e, contemporaneamente, aveva tolto l'effetto sospensivo ad un eventuale ricorso dell'assicurata - era poi stata annullata dal TCA, con sentenza 32.2006.33 del 1° febbraio 2007, e gli atti rinviati all'amministrazione affinché procedesse ad ulteriori accertamenti medici (cfr. consid. 1.1.). A titolo abbondanziale, il TCA rileva che anche in mancanza di una richiesta di revisione da parte dell'assicurata, per un presunto peggioramento delle sue condizioni di salute, il grado di invalidità del 67% dell'assicurata - che dava diritto, prima della 4<sup>a</sup> revisione della LAI in vigore a decorrere dal 1° gennaio 2004, ad una rendita intera - avrebbe in ogni caso dovuto essere sottoposto a revisione a seguito dell'entrata in vigore della 4<sup>a</sup> revisione della LAI (cfr. consid. 2.4.). Come esposto in precedenza (cfr. consid. 2.4.), infatti, in applicazione delle disposizioni transitorie della modifica del 21 marzo 2003 (4<sup>a</sup> revisione LAI) relative all'art. 28 LAI, lettera f, le rendite intere versate prima dell'entrata in vigore della 4<sup>a</sup> revisione della LAI per un grado di invalidità del 66 2 / 3 per cento almeno continuano ad essere assegnate anche dopo l'entrata in vigore della 4<sup>a</sup> revisione ai beneficiari che " in quel momento hanno già compiuto 50 anni " (ciò che non è il caso per la ricorrente, nata nel 1966). Per tutte le altre rendite per un grado di invalidità inferiore al 70% - ossia per i casi come quello della qui ricorrente, con un'età inferiore ai 50 anni e un'invalidità del 67% - le rendite intere

dovevano essere "rivedute entro un anno dall'entrata in vigore della modifica di legge" .

2.14. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 200.- andrebbero poste a carico dell'assicurata, la quale ha tuttavia chiesto l'assistenza giudiziaria (cfr. consid. 2.15.). Al riguardo il Consiglio federale nel Messaggio concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (misure di semplificazione della procedura) del 24 maggio 2005 in FF 2005 pag. 2751 seg. si è così espresso: "(...) Quando sono adempite le condizioni del gratuito patrocinio, la procedura di ricorso in materia di AI continuerà ad essere gratuita (con riserva di una successiva restituzione) per gli assicurati interessati, come negli altri settori del diritto amministrativo. Si intende così garantire che saranno prese in considerazione le particolarità del singolo caso, in modo tale che anche le persone meno abbienti possano accedere ai tribunali. (...) Le stesse considerazioni valgono a proposito delle procedure di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni e, per le persone residenti all'estero, dinanzi alla Commissione di ricorso AVS/AI. In altri termini, quando non può essere concesso il gratuito patrocinio in seguito a circostanze particolari che riguardano il singolo caso, per le controversie concernenti prestazioni dell'AI i Cantoni devono stabilire limiti di spesa inferiori rispetto agli altri settori del diritto amministrativo. Al fine di tener conto della componente di politica sociale, fisseranno questi limiti non in funzione del valore litigioso, ma in funzione dell'onere effettivo. È stato fissato un limite di spesa (dai 200 ai 1000 franchi) equivalente a quello stabilito nella revisione totale dell'organizzazione giudiziaria. Si è così dato seguito al suggerimento espresso dalla maggioranza dei Cantoni nella procedura di consultazione. (...)"

2.15. La ricorrente ha infine postulato di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (doc. I). 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. 86, pag. 626). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 88s) – 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). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (cfr. SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b, p. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004). Nella fattispecie, dalle carte processuali risulta che la ricorrente – divorziata senza figli conviventi nella sua economica domestica - si trova nel bisogno. La medesima dispone in effetti, quali entrate, oltre a una rendita d'invalidità

(pari a fr. 1'305.-- mensili), di una prestazione complementare per un totale di fr. 1'313.-- mensili a partire dal 1° gennaio 2009 (doc. B6), che permette di coprire il fabbisogno minimo. L'assicurata non possiede inoltre le necessarie conoscenze giuridiche, per cui l'intervento di un legale appare giustificato e di primo acchito il ricorso non pareva essere privo di fondamento. Essendo dunque nella fattispecie soddisfatti i requisiti cumulativi per la concessione dell'assistenza giudiziaria a favore dell'assicurata, il gratuito patrocinio va quindi concesso, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurata dovesse in futuro migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGa; Kieser, Kommentar ATSG, 2003, ad art. 61, n. 93; cfr. art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA del 15 luglio 2003 nella causa S., I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002 nella causa D., U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6). Ne consegue che la ricorrente è per il momento esonerata dal pagamento delle spese processuali (cfr. art. 69 cpv. 1bis LAI; STF I 885/06 del 20 giugno 2007).

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