

# **TI\_GERICHTE 32.2010.22 vom 11. Dezember 2009**

TI Tribunale d'appello, 2009-12-11, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2010.22](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2010.22)

FR: TI\_GERICHTE 32.2010.22 du 11 décembre 2009

IT: TI\_GERICHTE 32.2010.22 del 11 dicembre 2009

## **Regeste**

Riduzione della rendita in via di revisione dopo uno stralcio della procedura giudiziaria e rinvio per nuovi accertamenti. Effetto temporale della modifica

## **Erwägungen**

### **E. 1**

gennaio 2004 sono in vigore le norme introdotte dalla 4a revisione della LAI e il 1. gennaio 2008 è entrata in vigore la 5a revisione della LAI (RU 2007 5148). Occorre qui rilevare che per quanto riguarda le norme di diritto materiale, in assenza di disposizioni transitorie, nel diritto delle assicurazioni sociali sono determinanti quei disposti in vigore al momento in cui si è realizzata la fattispecie che esplica degli effetti (DTF 130 V 445 consid. 1 pag. 446 seg. con riferimento a DTF 130 V 329; 129 V 4 consid. 1.2.; 127 V 466 consid. 1). Ne consegue che nel caso in esame sono applicabili le norme materiali in vigore fino al 31 dicembre 2003 e al 31 dicembre 2007 per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tali date, mentre per il periodo dal 1° gennaio 2008 sino alla decisione impugnata, che delimita temporalmente il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (DTF 132 V 215 consid. 3.1.1 pag. 220 con riferimenti), trovano applicazione le norme della 5a revisione LAI. In concreto la questione non ha comunque particolare portata pratica, poiché i concetti d'incapacità al lavoro, d'incapacità al guadagno, d'invalidità, di raffronto dei redditi e di revisione (della rendita d'invalidità e di altre prestazioni durevoli) non sono stati modificati. La 4a revisione della LAI ha, in particolare, introdotto il diritto a tre quarti di rendita (art. 28 cpv. 1 LAI) e la 5a revisione dell'AI non ha modificato in maniera sostanziale le disposizioni legali sulla valutazione del grado d'invalidità. La giurisprudenza fondata sulle norme precedenti mantiene pertanto la sua validità (cfr. STF 9C\_443/2009 del 19 agosto 2009 consid. 4 con riferimento a STF 8C\_76/2009 del 19 maggio 2009 consid. 2 e DTF 130 V 343) . Di seguito sarà utilizzato il testo delle norme attualmente in vigore e, solo se necessario, richiamato il precedente tenore. 2.3. Oggetto del contendere è sapere se la decisione 11 dicembre 2009 – con la quale l'Ufficio AI ha ridotto il diritto alla rendita da intera a tre quarti dal 1. giugno 2007 al 28 febbraio 2008 e confermato il diritto a mezza rendita dal 1. marzo 2008 – è conforme o meno alla legislazione federale. L'assicurata postula il diritto ad una rendita intera e, in via subordinata, il riconoscimento della rendita intera fino al 4 aprile 2008. 2.4. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della

capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità ( Duc, L'assurance invalidité, in: Meyer (Hrsg.), Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2a ed., Basilea/Ginevra/Monaco di Baviera 2007, pag. 1411, n. 46 ). Secondo l'art. 28 cpv. 2 LAI gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGa, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 pag. 84 consid. 1b). Nella DTF 107 V 21 consid. 2c, la nostra Corte federale ha stabilito che l'assicurazione per l'invalidità non è tenuta a rispondere, qualora l'assicurato, in ragione della sua età, di una carente formazione oppure a causa di difficoltà di apprendimento o linguistiche, non riesce a trovare concretamente un'occupazione (giurisprudenza confermata dal TFA con una sentenza del 14 luglio 2006 nella causa A., U 156/05, consid. 5). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale) i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a). Al proposito va precisato che, secondo la giurisprudenza del TFA, per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGa, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.1; STFA I 761/01 del 18 ottobre 2002, consid. 3.1, pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e STFA I 26/02 del 9 agosto 2002, consid. 3.1). 2.5. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che é 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 I 148/98 del 29

settembre 1998, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). Al riguardo l'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 2001 pag. 224 consid. 2b e sentenze ivi citate; cfr. anche DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). (...) " (STFA I 166/03 del 30 giugno 2004, consid. 3.2). Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA I 441/99 del 18 ottobre 1999; STFA I 148/98 del 29 settembre 1998, consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il TF ha ribadito che "(...) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...) " (STF I 384/06 del 4 luglio 2007). Va altresì rilevato che secondo la giurisprudenza del TFA, un disturbo somatoforme da dolore persistente non è di regola atto, in quanto tale, a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettiva di cagionare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI. A determinate condizioni tale disturbo può causare un'incapacità lavorativa e spetta comunque allo specialista psichiatrico nell'ambito di una classificazione riconosciuta pronunciarsi sulla gravità dell'affezione, rispettivamente sull'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato. Al riguardo, nella sentenza 12 marzo 2004, pubblicata in DTF 130 V 352 (confermata in DTF 131 V 49 e nelle STF 9\_C 830/2007 del 29 luglio 2008 e 9C\_959/2009, 9C\_995/2009 del 19 febbraio 2010), l'Alta Corte ha precisato che un'inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una morbosità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri. Tali criteri sono (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, indicante simultaneamente l'in-successo e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") ed, infine, (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata

(DTF 130 V 354 consid. 2.2.3; STFA I 702/03 del 28 maggio 2004, consid. 5 e STFA I 870/02 del 21 aprile 2004, consid. 3.3.2; Pratique VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditäts-bemessung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.). Infine, va fatto presente che il TFA si è confermato nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibromialgia (DTF 132 V 65; STFA I 873/05 del 19 maggio 2006). 2.6. Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibili di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per sapere se è intervenuta una modificazione notevole, si deve confrontare la situazione di fatto al momento della decisione iniziale di assegnazione della rendita con quella vigente all'epoca del provvedimento litigioso (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid.

## **E. 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 pag. 137). 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. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. In questo senso si esprime anche Müller che evidenzia anche come l'art. 17 LPGA permetta espressamente la revisione della rendita solo per il futuro (Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, Friburgo 2003, N. 318 - 320, pag. 88). 2.7. Nella STF 9C\_149/2009 del 14 luglio 2009, pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 57, chiamato a pronunciarsi nel caso in cui l'amministrazione (che nell'ambito di una revisione con decisione 28 novembre 2003, confermata con decisione su opposizione 29 aprile 2004, aveva soppresso il diritto alla rendita con effetto dalla fine del mese che segue l'intimazione della decisione) – a seguito della sentenza dell'autorità giudiziaria cantonale che le aveva rinviato gli atti per ulteriori accertamenti medici e resa di un nuovo provvedimento – con nuova decisione 15 agosto 2007 aveva confermato la soppressione della rendita con effetto dal 1. febbraio 2004, il TF ha concluso che (anche se la

soppressione dell'effetto sospensivo tolto con la decisione 28 novembre 2003 continuava fino all'emissione della nuova decisione ai sensi della DTF 129 V 370 ) a torto l'autorità giudiziaria aveva confermato la soppressione della rendita già con effetto dal 1. febbraio 2004. L'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...) 4.4 Rechtsfehlerhaft ist der vorinstanzliche Entscheid jedoch insoweit, als er die verfügungsweise Rentenaufhebung bereits ab 1. Februar 2004 bestätigt. Gemäss dem von Amtes wegen (Art. 106 Abs. 1 BGG) anzuwendenden Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV erfolgt die revisionsweise Herabsetzung oder Aufhebung von Renten und Hilflosenentschädigungen ex nunc, "frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats". Entgegen der Auffassung der Vorinstanz ist dabei auf die Zustellung der Revisionsverfügung vom 15. August 2007 und nicht der ersten, mit rechtskräftigem Rückweisungsentscheid des Versicherungsgerichts vom 8. November 2005 aufgehobenen Revisionsverfügung vom 28. November 2003 abzustellen. Indem die Vorinstanz ihren Prüfungszeitraum im Wesentlichen auf die Zeit vom 25. März 1994 bis 28. November 2003 beschränkte (vorinstanzlicher Entscheid, S. 5 E. 3), jedoch anschliessend festhielt, im weiteren Verlauf bis zur Verfügung vom 15. August 2007 sei eine erneute Veränderung nicht ausgewiesen, anerkennt sie zwar im Grundsatz, dass sich der massgebliche Prüfungszeitraum nach erfolgter Rückweisung bis zum Erlass der neuen Revisionsverfügung erstreckt (Urteil 9C\_235/2009 vom 30. April 2009, E. 3.3, mit Hinweisen); sie übersieht aber in tatsächlicher Hinsicht, dass die Revisionsvoraussetzungen gemäss erwähntem Urteil vom 5. November 2005 im November 2003 noch nicht rechtsgenügend ausgewiesen waren und letzteres erst ab dem Vorliegen des neu eingeholten Gutachtens des Instituts I. \_\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2006 sowie der RAD-Berichte vom 10. Januar und 7. Mai 2007 der Fall war (Ausschluss eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens). Unter diesen Umständen verletzt die rückwirkende Rentenaufhebung auf 1. Februar 2004 Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV (in Verbindung mit Art. 88a Abs. 1 IVV). Dass der mit der ersten Rentenaufhebungsverfügung vom 28. November 2003 verbundene Entzug der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde bei Rückweisung der Sache an die Verwaltung auch für den Zeitraum dieses Abklärungsverfahrens bis zum Erlass der neuen Verfügungsverfügung andauert ( BGE 129 V 370 ), ändert hieran nichts. In zutreffender Anwendung von Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV ist die Rente der Beschwerdeführerin daher - bei einem Invaliditätsgrad von neu unter 40 % (75%ige Restarbeitsfähigkeit und im Übrigen unstrittig gleich bleibende Faktoren der Invaliditätsbemessung) - erst auf den 1. Oktober 2007 aufzuheben. (...)." (STF 9C\_149/2009 del 14 luglio 2009 , consid. 4.4) Il TF si è confermato in questa giurisprudenza e nella STF 9C\_646/2009 – chiamato a pronunciarsi sulla ricevibilità di un ricorso interposto contro una sentenza con la quale l'autorità giudiziaria cantonale aveva annullato una decisione di soppressione di una rendita e rinviato gli atti per un complemento d'istruttoria – , in particolare avuto riguardo alla disposizione con la quale l'autorità giudiziaria cantonale aveva ordinato il ripristino del diritto alla rendita, ha concluso che il ricorso era irricevibile ritenuto che il ripristino del diritto alla rendita non costituisce un danno irreparabile visto che, in caso di rinvio per ulteriori accertamenti nell'ambito di una procedura di revisione, la modifica del diritto alla rendita ha effetto dal primo giorno del secondo mese che segue la notifica della nuova decisione. L'Alta Corte ha inoltre osservato: " (...) De surcroît, il n'est pas allégué que la reprise du versement des prestations serait constitutive d'un dommage irréparable, ce qui ne peut de toute façon pas être le cas dès lors que, suite à une décision de renvoi pour instruction complémentaire intervenant dans le cadre d'une procédure de révision, la

modification du droit ne peut prendre effet qu'à compter du premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la nouvelle décision (arrêt 9C\_149/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.4 et les références). (...)." (STF 9C\_646/2009 del 13 ottobre 2009 , consid. 3.3) Alla STF 9C\_646/2009 del 13 ottobre 2009 il TF ha poi ancora rinviato nelle STF 9C\_487/2010 del 17 giugno 2010, 9C\_296/2010 del 30 aprile 2010 e 9C\_41/2010 del 2 febbraio 2010. Nella concreta fattispecie non trova del resto applicazione l'art. 88bis cpv. 2 OAI in base al quale la riduzione della rendita è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. La fattispecie – ribadito che si tratta di una nuova procedura, nell'ambito della revisione intrapresa d'ufficio nel marzo 2005, resasi necessaria a seguito del decreto di stralcio 6 luglio 2007 con il quale il vicepresidente del TCA ha omologato la transazione intervenuta tra le parti e rinviato gli atti all'Ufficio AI affinché procedesse ad ulteriori accertamenti medici (doc. AI 109/1-2) – non è inoltre neppure assimilabile al caso in cui l'amministrazione, in occasione di una prima assegnazione di rendita, con un'unica decisione attribuisce una rendita per un certo periodo e, contemporaneamente, la riduce o la sopprime per un periodo successivo. In quest'ultima evenienza devono essere applicate per analogia le regole sulla revisione di decisioni amministrative (DTF 131 V 164 e 131 V 120) ed è possibile che la riduzione e/o la soppressione della rendita avvenga in un periodo antecedente alla data dell'emissione della decisione. 2.8. L'assicurata era stata posta al beneficio di una rendita intera dal 1. aprile 2008 (doc. AI 44/1-2, 45/1-2 e 46/1-2), sulla base delle seguenti emergenze. Il dr. \_\_\_\_\_, capo clinica di reumatologia della \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, nella perizia 23 giugno 2000 (doc. AI 34/1-9) – posta la diagnosi di "(...) Chronisches lumbovertebrales Syndrom bei Nearthros lumbosakral rechts – Verdacht auf Eisenmangelanämie (Clinica \_\_\_\_\_ 1997) – Schwan-gerschaft im

## E. 7

Monat – Muskuläre Insuffizienz – Somatiforme Schmerzausweitung mit Tendenz zu Fibromyalgie (...)" (doc. AI 34/4) – circa la capacità lavorativa si era così espresso: "(...) 5. Arbeitsunfähigkeit: Die Patientin ist glaubhaft seit April 1997 zu 100% arbeitsunfähig für ihre Sortiertätigkeit und Reinigungstätigkeit bei der \_\_\_\_\_. 6. Möglichkeit zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit: Es ist sinnvoll, ca. 6 Monate nach der bevorstehenden Geburt die ganze Problematik nochmals aufzurollen mit entsprechenden bildgebenden Verfahren, lokaler Infiltration des Nearthros mit Bildverstärker und ev. operative Fusion. In der Zwischenzeit und insbesondere nach der Geburt intensivierte Kräftigungs-gymnastik für die Bauch- und Rumpfmuskulatur, anfänglich unterstützt durch entsprechende medikamentöse Behandlung sinnvoll. Abklären auf eine ev. Eisenmangelanämie bereits jetzt vor der Geburt. Die Arbeitsfähigkeit im Haushalt ist z.Z. um 50% reduziert. Bei Erfolg ist eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit im Haushalt auf 75-80% zu erwarten, sowie eine Arbeitsfähigkeit bei adäquater beruflicher Tätigkeit von über 50%. (...)." (doc. AI 34/4) Con decisioni 8 marzo 2001 (doc. AI 44/1-2, 45/1-2 e 46/1-2) l'Ufficio AI aveva quindi riconosciuto all'assicurata il diritto ad una rendita intera (grado d'invalidità 80%) dal 1. aprile 1998. Nell'ambito della procedura di revisione intrapresa nell'aprile 2001 (doc. AI 47/1-2) l'Ufficio AI aveva ordinato una perizia medica e una valutazione da parte del consulente in integrazione professionale (doc. AI 56/1-2 e 62/1). Il dr. \_\_\_\_\_, FMH in reumatologia, nella perizia 12 aprile 2002 (doc. AI 57/1-11) – posta la diagnosi di "(...) Syndrome lombo vertebrale (e spondilogeno specialmente a sinistra) cronica con/da: • netto

disturbo del rachide (iperlordosi lombare) • limite funzionale contenuto • alterazioni strutturali del passaggio lombosacrale in presenza di una vertebra di transazione (sacralizzazione parziale a destra di L5) con neartrosi L5/S1 a destra – Sindrome cervicocefalica recidivante – Evoluzione depressiva con tendenza fibromialgica (somatizzazione ?) (...)" (doc. AI 57/6) – , circa la capacità lavorativa nell'attività da ultimo svolta prima del danno alla salute – ritenuti i seguenti limiti funzionali: "(...) posso confermare una caricabilità limitata della cerniera lombosacrale. La paziente non può effettuare movimenti ripetitivi di flessione con il tronco. Deve anche evitare movimenti rotatori del corpo con il bacino fisso. Non può lavorare manualmente con le braccia sopra le spalle per evitare un'estensione lombare. Non può assumere posizioni statiche per più di mezzora circa senza interruzione (seduta e/o in piedi). Può camminare su terreni piani in un raggio superiore ad un km senza pausa. Può salire e scendere scale ad una frequenza ridotta (occasionalmente). Sull'altezza di un tavolo può fare uso in maniera normale delle sue braccia e delle mani. (...)" (doc. AI 57/8) – aveva concluso che: " (...) In considerazione di ciò ritengo la paziente non idonea per dei lavori di pulizia (od in lavanderia) come svolti in precedenza (inabilità lavorativa al 100% in forma duratura). Il lavoro di smistamento lettere sarebbe a mio modo di vedere invece ancora proponibile nella misura del 50% (basandomi sulla descrizione della paziente che riferisce di aver potuto assumere posizioni corporee variabili senza l'alzare e spostare pesi rilevanti e con un impegno che coinvolgeva maggiormente gli arti superiori). La tipologia del lavoro rientra difatti in grandi linee all'esigibilità esposta. Il rendimento sarà ridotto a causa della sindrome dolorosa non solo vertebrale ma anche degli arti nell'ambito di una tendenza fibromialgica. Quest'ultima ha le sue origini più nel contesto psicosociale della paziente senza una chiara relazione con le patologie funzionali e strutturali dell'apparato locomotorio. In considerazione della cronicità del quadro ritengo la valutazione attuale della capacità lavorativa per intanto definitiva. La documentazione radiologica attuale non mostra alcuna evoluzione della patologia morfologica della cerniera lombosacrale al punto che appare poco probabile un peggioramento dei reperti oggettivi a corto e medio termine (prossimi 5 anni circa). (...)" (doc. AI 57/8) Lo stesso specialista, riguardo alla possibilità di migliorare la capacità lavorativa, si era così espresso: " (...) Dal lato reumatologico non vi sono altri suggerimenti terapeutici che potrebbero accelerare un miglioramento della situazione clinica, miglioramento che rimane possibile per quanto riguarda il reumatismo delle parti molli (tendenza fibromialgica) ma che appare poco probabile per i limiti funzionali della cerniera lombosacrale. Il perito Dr. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, aveva suggerito di valutare un'opzione chirurgica del caso (fusione L5/S1, vedi suo rapporto del 23.06.2000). Nel contesto di una certa espansione della sintomatologia (somatizzazione di problematiche psicosociali ?) questa opzione mi sembra poco promettente; rischierebbe tutt'al più di scompensare un certo equilibrio psicofisico raggiunto con le cure mediche tradizionali ed alternative finora applicate. Per lavori che possono rispettare i limiti esposti sotto il punto 5 la paziente può essere considerata abile al lavoro nella misura del 50% (orario di lavoro normale, rendimento ridotto a causa della sindrome algica). La paziente non necessita di mezzi ausiliari. Fa eccezione eventualmente l'applicazione di una cintura per le sacroiliache che potrebbe essere applicata in forma probatoria dato il sospetto di una disfunzione intermittente di quella destra. (...)" (doc. AI 57/8-9) e aveva indicato che: " (...) La paziente non nasconde il suo disagio riguardante la sua sofferenza rispettivamente le conseguenze di essa sulle sue capacità fisiche residuali. Il tenore depressivo mi sembra assai evidente. Sarà il reumatologo curante Dr. \_\_\_\_\_ a decidere se ritiene necessario dover ricorrere

all'aiuto specialistico per un maggiore sostegno psicologico. In questo contesto ritengo opportuno un tentativo di reinserimento della paziente nel mondo del lavoro, ciò che potrebbe anche migliorare l'autostima. (...)" (doc. AI 57/9) Il consulente in integrazione professionale, nel rapporto finale 4 marzo 2003 – ritenuti per l'anno 2002 un reddito da valido di fr. 65'529.-- e un reddito ipotetico da invalido di fr. 20'802.-- , aveva poi concluso per un grado d'invalidità del 68.26% (doc. AI 63/1-2). Con comunicazione 26 marzo 2003 (doc. AI 64/1-2), l'Ufficio AI aveva quindi confermato all'assicurata il diritto alla rendita intera. 2.9. Al considerando precedente sono state esposte le circostanze che giustificarono, all'epoca, l'assegnazione di prestazioni all'assicurata. In tale contesto, va rilevato che il TCA deve situarsi al mese di marzo 2003 – momento in cui, dopo gli accertamenti medici ed economici esperiti, è stata trasmessa la comunicazione con cui il diritto alla rendita intera (grado d'invalidità 68.26%) è stato confermato (per un caso in cui il TF ha ritenuto determinante il momento della comunicazione vedi la STF 8C\_329/2010 del 6 agosto 2010 consid. 5.1) – e valutare se, dopo questo mese, le condizioni di salute dell'assicurata hanno subito un miglioramento tale da giustificare la riduzione del diritto alla rendita intera. 2.10. L'Ufficio AI, conformemente alla transazione omologata con decreto di stralcio 6 luglio 2007 (doc. AI 109/1-2), e nell'ambito della revisione intrapresa nel marzo 2005 (doc. AI 65/1-2), ha predisposto una perizia a cura del SAM (doc. AI 112/1-2). Dalla perizia pluridisciplinare 4 gennaio 2008 (doc. AI 116/1-27 e 137/1-13) risulta che i periti, dopo aver esposto dettagliatamente l'anamnesi e le constatazioni obiettive, hanno fatto capo a tre consultazioni specialistiche esterne, di natura psichiatrica (dr. \_\_\_\_\_), reumatologica (dr. \_\_\_\_\_) e neurologica (dr. \_\_\_\_\_). Sulla base delle risultanze dei singoli consulti e del soggiorno della ricorrente presso il citato centro d'accertamento, i periti hanno posto la seguente diagnosi: " 5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa: **Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di lieve - media gravità (F 33.1). Sindrome somatoforme da dolore persistente (F 45.0). Sindrome lombo vertebrale spondilogenica cronica con/su: - disturbo di transizione lombosacrale con emisacralizzazione di L5 a ds., - formazione di una neoartrosi transversosacrale. Gomalgie persistenti a sin.** 5.2 **Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa: Sospetta sindrome di Raynaud con/su: - microscopia capillare normale, - anticorpi antinucleari negativi. Cefalee croniche con/su: - caratteristiche principalmente tensionali. (...)" (doc. AI 116/19) Sulla base di tutti gli atti medici raccolti, dopo un'attenta valutazione, i periti, posta la seguente valutazione medico-teorica globale dell'attuale capacità lavorativa: "(...) l'A. presenta una capacità lavorativa del 60% (presenza durante tutto il giorno, ma con un rendimento ridotto) come impiegata \_\_\_\_\_, ausiliaria di pulizia ed in qualsiasi tipo di attività medio-pesante e lucrativa. (...)" (doc. AI 116/22), hanno concluso: " (...) 8 **CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA L'A. presenta limitazioni a livello reumatologico ed a livello psichiatrico. Tenendo conto di tutte le patologie l'A. presenta una capacità lavorativa del 60% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto) come impiegata postale, ausiliaria di pulizia ed in qualsiasi altro tipo di attività medio-pesante. Le percentuali per i problemi psichiatrici e per i problemi reumatologici non si sommano, poiché entrambe prendono in considerazione il dolore cronico, sintomo principale dell'A. Infatti i nostri consulenti in psichiatria e reumatologia valutano ambedue la sindrome somatoforme. La riduzione del rendimento del 40% permette di tener conto sia dei limiti reumatologici, sia dei limiti psichiatrici. La sopraccitata capacità lavorativa del 60% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto) è presente dal novembre 2007 (soggiorno presso il SAM) e continua. Basandoci sulla valutazione (perizia)****

psichiatrica della Dr.ssa \_\_\_\_\_ (redatta all'attenzione deIl'UAI del 16.06.2006) si può codificare una capacità lavorativa del 50% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto) nelle sopraccitate attività dal 6.06 sino all'entrata al SAM. Dal lato psichiatrico si può poi constatare un miglioramento e per questo l'A. presenta una capacità lavorativa del 60% a partire dal novembre 2007 (soggiorno presso il SAM). Sui limiti funzionali e sulle terapie consigliate ci soffermiamo nel punto 9. 9        CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE Dal punto di vista prettamente reumatologico l'A. è inabile al 40% in un'attività medio - pesante, al 20% in un'attività medio - leggera e come casalinga. Come ausiliaria di pulizie è inabile al 40% ed anche come commessa. L'A. deve poter svolgere lavori che le permettano di cambiare frequentemente posizione almeno ogni 15 - 20 min. e da svolgere in parte in piedi ed in parte seduta. Deve evitare di sollevare ripetutamente pesi superiori ai 10 kg ed evitare movimenti ripetuti di flessione ed estensione del tronco e lavori prolungati in posizioni inergonomiche. In questo tipo di attività l'A. raggiunge una capacità lavorativa dell'80% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto). Tenendo conto della patologia psichiatrica l'A. raggiunge una capacità lavorativa del 60% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto) in attività medio-pesanti. Dal punto di vista terapeutico non vi sono provvedimenti sanitari per il problema reumatologico. Dal punto di vista psichiatrico si consiglia di continuare la psicoterapia in atto e si consigliano antidepressivi con effetto analgesico (tipo amitriptilina e venlafaxina). Dal punto di vista reumatologico non v'è da prevedere alcun miglioramento. Dal punto di vista psichiatrico non si può escludere un miglioramento. Ricordiamo che la sopraccitata capacità lavorativa del 60% in attività medio-pesanti parte dal novembre 2007 e continua. Per il periodo dal giugno 2006 (perizia psichiatrica per l'UAI) sino all'entrata al SAM è presente una capacità lavorativa del 50% (presenza durante tutto il giorno, ma con rendimento ridotto) anche in attività adatte. Ricordiamo che dal punto di vista psichiatrico è subentrato un miglioramento. Come casalinga ed in attività adatte l'A. è abile al lavoro nella misura del 75%. 10.        OSSERVAZIONI e RISPOSTE a DOMANDE PARTICOLARI Le conclusioni peritali si fondano su un'esauriente discussione tra tutti i medici periti del SAM. Ricordiamo che la decisione UAI del 6.10.2000 (grado d'invalidità all'80% dall'1.04.1998) è passata ingiudicato. Dal punto di vista reumatologico la situazione è sovrapponibile a quella valutata dal Dr. \_\_\_\_\_ nella sua perizia del 9.01.2006 (dal lato reumatologico non si può constatare oggettivamente alcun peggioramento). Anche rispetto ai rapporti del reumatologo curante Dr. \_\_\_\_\_ non possiamo constatare alcun peggioramento. Facciamo notare che il Dr. \_\_\_\_\_ valuta l'A. abile al lavoro al 50% circa. Il Dr. \_\_\_\_\_ parla di problemi al ginocchio sin. ed alla caviglia sin. (non più riscontrabili attualmente). Questi problemi hanno sicuramente codificato un'incapacità lavorativa, ma di brevissima durata. Come già detto al punto 8 le varie percentuali non si sommano, poiché entrambe prendono in considerazione il dolore cronico con riduzione del rendimento. Consigliamo di rivalutare il caso tra uno-due anni dopo aver ascoltato il parere dei curanti, in modo particolare dello psichiatra curante. AI medico di famiglia abbiamo già inviato una copia degli esami di laboratorio. (...)" (doc. AI 116/23-24) L'Ufficio AI – viste le risultanze peritali, ritenuto il rapporto medico 31 marzo 2008 del dr. \_\_\_\_\_, medico SMR, (doc. AI 76/1-3) e considerato il rapporto finale 19 febbraio 2009 della consulente in integrazione professionale (doc. AI 124/1-3, 125/1 e 126/1) – , con decisione 11 dicembre 2009 (doc. AI 143/1-3 e la motivazione sub doc. AI 140/1-5), preavvisata con progetto 16 luglio 2009 (doc. AI 127/1-5), ha ridotto la rendita da intera a tre quarti dal 1. giugno 2007 al 29 febbraio 2008 e confermato il diritto alla mezza rendita dal 1. marzo 2008. Nel certificato

medico 18 settembre 2009 (doc. AI 144/17), il dr. \_\_\_\_\_, FMH in fisiatria e reumatologia, ha attestato che: " (...) Certifico che la paziente in epigrafe è in mia cura dal 1998 per le seguenti diagnosi: - Sindrome lombosacrale cronica su scoliosi toraco-lombare, iperlordosi, vertebralombosacrale di transizione. - Sindrome cervico-toracale cronica con frequenti cefalee. - Sindrome fibromialgica cronica. - Sindrome ansioso-depressiva cronica. - Poliatalgie. Da diversi anni la paziente soffre di dolori cronici dell'apparato locomotore per i quali deve assumere regolarmente medicinali (Mephenacide 2 a 3 volte 1 al dì, Omeozol, 1 al dì) e sottoporsi a trattamenti manipolativi del rachide ogni 2-3 settimane circa. Soffre inoltre di frequenti depressioni reattive e stati d'ansia durante i quali piange spesso e non riesce a fare i lavori di casalinga. Anche se non riconosciuta dall'AI la paziente è inabile al lavoro per qualsiasi attività lucrativa già da diversi anni. In casa deve farsi aiutare regolarmente dai famigliari e da parenti per i lavori pesanti e di pulizia (pavimenti, vetri, ecc.) per l'aspirapolvere, stirare, ecc. (...)" (doc. AI 144/17) 2.11. 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, 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, 122 V 161, 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 2003, pag. 453). 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. (...)" (cfr. STFA I 938/05 del 24 agosto 2006, consid. 3.2) 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 Bundes-gericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). 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). In una sentenza del 14 luglio 2009, (9C\_323/2009), pubblicata in SVR 2009 IV Nr. 56, pag. 174, il TF, richiamati l'art. 59 cpv. 2 bis LAI che regola i servizi medici regionali e l'art. 49 OAI che stabilisce i compiti, ha sottolineato che a un rapporto del SMR può essere riconosciuta la qualità di perizia, anche se è stato redatto senza aver visitato personalmente l'assicurato. 2.12. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale deve concludere che dopo il mese di marzo 2003 é effettivamente subentrato un miglioramento della situazione valetudinaria. Innanzitutto il TCA rileva che lo stesso dr. \_\_\_\_\_ – a differenza dei precedenti rapporti medico del 9 novembre 1998 ( doc. AI 11/1-4 dove, oltre ad un'inabilità lavorativa del 100% nell'attività abituale dal 29 gennaio 1998, aveva risposto negativamente alla domanda volta a sapere se altre attività fossero proponibili e precisato

che "(...) attualmente la situazione è tale da non permettere la ripresa di un'attività lavorativa ma dovrebbe migliorare in un prossimo futuro. (...)") (doc. AI 11/4) ) e di decorso del 18 maggio 2001 (doc. AI 52/1 dove aveva attestato una situazione stazionaria) – , nel rapporto medico 29 agosto 2005 (doc. AI 71/1-3), alla domanda volta a sapere se altre attività fossero proponibili ha risposto affermativamente e precisato: "(...) solo lavori leggeri per un periodo limitato. Non può sollevare pesi, stare in piedi o stare seduta per periodi prolungati. Frequenti assenze. 3-4 ore al giorno. (...)") (doc. AI 71/3 punto 2.2.1). Il dr. \_\_\_\_\_, FMH in reumatologia, nella perizia 9 gennaio 2006 (doc. AI 77/1-15) – perizia confermata dal dr. \_\_\_\_\_ nel suo consulto specialistico 12 novembre 2007 nell'ambito della perizia del SAM (doc. AI 137/4-8): "(...) Sotto l'aspetto reumatologico non ho rilevato elementi che possano far mutare la valutazione già ben espressa dal dr. \_\_\_\_\_ nel gennaio 2006. (...)") (doc. AI 137/7) – , poste le diagnosi con influenza sulla capacità di lavoro di "(...) Fibromialgia – Sindrome somatoforme da dolore persistente – Sindrome lombospondilogenica cronica - anomalia di transizione con neoartrosi trasversosacrale a sinistra sintomatica. Avanzate alterazioni degenerative della neoartrosi – Sindrome cervicospondilogenica cronica – Sindrome di Raynaud anamnestica primaria, nell'ambito della fibromialgia - microscopia capillare normale - anticorpi antinucleari negativi – Probabile sindrome depressiva cronica (...)") (doc. AI 77/7), circa le conseguenze sulla capacità di lavoro e d'integrazione, si era così espresso: " (...) B. CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ DI LAVORO 1. MENOMAZIONI (QUALITATIVE E QUANTITATIVE) DOVUTE AI DISTURBI CONSTATATI A livello psicologico e mentale la paziente mostra a mio avviso una sindrome depressiva e una sindrome somatoforme da dolore persistente. La presenza di tali problematiche e il loro eventuale ruolo invalidante dovranno essere verificate tramite una valutazione psichiatrica. Le menomazioni a livello fisico sono state descritte in dettaglio. Le problematiche in ambito sociale descritte dalla paziente sono state riportate. 2. CONSEGUENZE DEI DISTURBI SULL'ATTIVITÀ ATTUALE 2.1 COME SI RIPERCUOTONO I DISTURBI SULL'ATTIVITÀ ATTUALE DELL'ASSICURATO? Attualmente l'assicurata è casalinga. Come casalinga, nella situazione attuale, tenendo conto della problematica reumatologica e non della presenza di una probabile sindrome depressiva, sindrome somatoforme e di problemi di ordine psicosociale (descritti dal Dr. \_\_\_\_\_), l'assicurata è inabile al lavoro al massimo nella misura del 20%. Nell'attività precedentemente svolta di smistatrice di lettere presso la \_\_\_\_\_, l'assicurata è inabile al lavoro nella misura del 20%. Nell'attività precedentemente svolta di ausiliaria nella lavanderia della \_\_\_\_\_, l'assicurata è inabile al lavoro nella misura del 40%. La limitazione della capacità lavorativa dell'assicurata è spiegata dalla presenza di dolori cronici diffusi, disturbi del sonno e stanchezza nell'ambito della fibromialgia ma anche dalla presenza di una neoartrosi trasversosacrale sintomatica a destra. 2.2 ESATTA DESCRIZIONE DELLE FUNZIONI INTATTE E DELLA CAPACITÀ DI CARICO Capacità funzionale residua (Base: esame della funzionalità fisica AI): a) Sollevamento e trasporto di carichi: La capacità funzionale residua per il sollevamento e il trasporto di carichi molto leggeri è normale, leggeri normale, medi lievemente ridotta, pesanti ridotta e molto pesanti molto ridotta. La capacità funzionale per lavori sopra il piano delle spalle con pesi inferiori o superiori a 5 kg è normale. b) Manipolazione di oggetti, attrezzi, pulsantiere: La capacità funzionale per la manipolazione di oggetti leggeri e lavori di precisione è normale, per lavori medi normale, per lavori pesanti e di manovalanza è lievemente ridotta e per lavori molto pesanti ridotta. La rotazione della mano è normale. c) Posizioni di lavoro o dinamiche particolari: La

capacità funzionale per posizioni di lavoro a braccia elevate è normale, con rotazione del tronco lievemente ridotta, seduta e piegata in avanti lievemente ridotta, eretta e piegata in avanti lievemente ridotta, inginocchiata e con ginocchia in flessione normale. d) Mantenere posizioni statiche: La capacità funzionale per mantenere la posizione seduta o la posizione eretta è normale. e) Spostarsi, camminare: La paziente può spostarsi normalmente per tragitti brevi qualunque tragitto e su qualunque terreno, per tragitti lunghi la capacità funzionale è lievemente ridotta. f) Diversi: La capacità funzionale per l'impiego delle due mani è normale. Nota : sulla base di un orario di lavoro di 8 ore, una capacità funzionale residua definita come esigua equivale all'1-5% rispetto alla prestazione di un soggetto sano, molto ridotta equivale al 6-33%, ridotta al 34-66%, lievemente ridotta al 67-100%. Per carichi molto leggeri si intende un peso fino a 5 kg, leggeri 6-10 kg, medi 11-25 kg, pesanti 26-45 kg, molto pesanti > 45 Kg. 2.3 L'ATTIVITÀ ATTUALE È ANCORA

PRATICABILE? Come casalinga, l'assicurata è inabile al lavoro al massimo nella misura del 20%. 2.7 DA QUANDO ESISTE UNA LIMITAZIONE DELLA CAPACITÀ DI

LAVORO DAL LATO MEDICO DI ALMENO IL 20 %? Dal 16.01.1995. 2.8 QUAL È STATO IN SEGUITO LO SVILUPPO DELLA LIMITAZIONE DELLA CAPACITÀ DI LAVORO? Tra il 16.01.95 e oggi non sono intervenuti a mio avviso cambiamenti rilevanti a riguardo della capacità lavorativa dal punto di vista reumatologico. Sarà da valutare l'evoluzione dal punto di vista psichiatrico. C. CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ

D'INTEGRAZIONE 1. È POSSIBILE EFFETTUARE PROVVEDIMENTI

D'INTEGRAZIONE? VE NE SONO IN CORSO? NE SONO PREVISTI? Dal punto di vista reumatologico non vi sono elementi che non permetterebbero provvedimenti di integrazione, idealmente in un'attività leggera e adatta. Dubito però delle possibilità di

reintegrazione della paziente da un punto di vista psichiatrico e sociale. 2. È POSSIBILE MIGLIORARE LA CAPACITÀ DI LAVORO SUL POSTO DI LAVORO ATTUALE?

No. 3. L'ASSICURATO È IN GRADO DI SVOLGERE ALTRE ATTIVITÀ? Sì. Da un punto di vista reumatologico l'assicurata è in grado di svolgere attività pesanti che rispettino le regole di ergonomia della schiena a tempo pieno e con un rendimento ridotto nella misura del 40%. Può svolgere attività leggere che possano implicare saltuariamente anche i compiti mediamente pesanti, a tempo pieno, con un rendimento ridotto al massimo nella misura del 20%. (...)” (doc. AI 77/9-11) Avuto riguardo al certificato medico 21 maggio 2007 (doc. AI 103/19-20), nel quale il dr. \_\_\_\_\_ aveva attestato un peggioramento rispetto alla perizia del dr. \_\_\_\_\_, i periti del SAM, dopo un'esauriente discussione fra tutti loro, hanno concluso che “(...) anche rispetto ai rapporti del reumatologo curante Dr.

\_\_\_\_\_ non possiamo constatare alcun peggioramento. Facciamo notare che anche il Dr. \_\_\_\_\_ valuta l'A. abile al lavoro al 50% circa. Il Dr. \_\_\_\_\_ parla di problemi al ginocchio sin. ed alla caviglia sin. (non più riscontrabili attualmente). Questi problemi hanno sicuramente codificato un'incapacità lavorativa, ma di brevissima durata. (...)” (doc. AI 116/24). Quanto alla patologia extra-somatica, la dr.ssa \_\_\_\_\_, capoclinica del servizio di psichiatria dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, nella perizia 16 giugno 2006 (doc. AI 85/1-9) – posta la diagnosi di “(...) Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità, senza sindrome biologica e sindrome da dolore persistente in assetto di personalità di tipo limite (ICD 10: F 33.1, F 45.4) (...)” (doc. AI 85/6) –, aveva concluso che “(...) nel complesso, perciò, e nelle condizioni attuali, il timismo e la somatizzazione algica inficiano la CL in una percentuale pari al 50%, coincidente con la stima del rendimento . Ciò a decorrere dal momento dell'attuale perizia. Per quanto riguarda la prognosi, considerata l'età dell'A e le sue buone capacità intellettive,

questa è, in sé, benevola e sarebbe auspicabile che ella venisse spinta e sostenuta a cercare un supporto psichiatrico valido e ben accetto. (...)” (doc. AI 85/8). Il dr. \_\_\_\_\_, nel suo consulto specialistico 20 dicembre 2007 nell’ambito della perizia del SAM (doc. AI 137/9-13) – poste le diagnosi di “(...) Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10-F 45.0) – Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di lieve-media gravità (ICD 10-F 33.1) (...)” (doc. AI 137/11) – , ha osservato che “(...) da un punto di vista

anamnestico si riscontra una grave esperienza di trascuratezza e di abuso fisico e sessuale subito sistematicamente per lunghi anni. Questa esperienza ha avuto una chiara valenza traumatica e ha inciso sia sull’attuale sintomatologia somatoforme sia su quella depressiva. Da un punto di vista psichiatrico non è stata mai valutata in passato e per questo motivo non mi è possibile esprimere un parere sul grado d’incapacità lavorativa prima del 2006. La collega Dr.ssa \_\_\_\_\_ o ha constatato nella sua perizia 2006 una incapacità lavorativa del 50%, per ogni attività medico teorica. Al momento attuale e dopo una presa a carico psichiatrica, iniziata quest’anno, senza uso di antidepressivi, si assiste ad un ulteriore miglioramento clinico. Questo dimostra che il quadro clinico sebbene cronico non presenta le caratteristiche di gravità elevata. (...)” (doc. AI 137/12). Quanto all’evoluzione dello stato di salute e alle possibilità terapeutiche per migliorare la capacità lavorativa, il dr. \_\_\_\_\_ ha poi concluso che “(...) dal 2006 presenta una incapacità lavorativa nella misura del 50%. Dalla presente valutazione presenta una incapacità lavorativa nella misura del 40%. La prognosi è proclive a miglioramento. [...] L’assicurata dovrà continuare l’attuale trattamento psichiatrico a lungo termine. Si constata una adeguata presa a carico psicoterapica, ma a mio avviso sono indicati farmaci antidepressivi che hanno dimostrato un effetto analgesico quale Amitriplina e Venlafaxina. Trattamenti che l’assicurata non ha mai provato. (...)” (doc. AI 137/12-13). Questo Tribunale, viste le risultanze mediche suesposte, deve pertanto concludere che dopo il mese di marzo 2003 (mese dopo il quale va stabilito se vi è stata una modifica dello stato di salute, cfr. consid. 2.9) é effettivamente subentrato un miglioramento della situazione valetudinaria. In particolare non è possibile concludere diversamente avuto riguardo allo stringato certificato medico 18 settembre 2009 (doc. AI 144/17 riprodotto in esteso al consid. 2.10 in fine) nel quale il dr.

\_\_\_\_\_ non contesta validamente la perizia del SAM e si limita a concludere in modo del tutto generico che “(...) anche se non riconosciuta dall’AI la paziente è inabile al lavoro per qualsiasi attività lucrativa già da diversi anni. (...)” (doc. AI 144/17). Al riguardo anche il dr. \_\_\_\_\_, medico SMR, nelle annotazioni 5 febbraio 2010, ha concluso che “(...) dal rapporto del dr. \_\_\_\_\_ non risulta una modifica dello stato di salute rispetto alla valutazione SAM. (...)” (IV/1). Va qui osservato 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). La domanda volta all’aggiornamento/rivalutazione della perizia del SAM va pertanto disattesa. In effetti, quando l’istruttoria da effettuare d’ufficio conduce l’amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e

che altri provvedimenti probatori non potrebbero più modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove; cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41, 122 III 223 consid. 3, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti).

All'assicurata va fatto presente che in caso di peggioramento rilevante delle condizioni di salute, debitamente comprovato da pertinente documentazione medica, ella potrà in futuro presentare una domanda di revisione. Il presente giudizio non pregiudica infatti 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 (DTF 130 V 140 e 129 V 4). Riguardo alle censure in merito alla valutazione complessiva della capacità lavorativa, il TCA – ricordato che 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 (STFA I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 n. 72, pag. 485; nella STFA I 606/03 del 19 agosto 2005, l'Alta Corte ha inoltre precisato che il giudizio sul grado complessivo dell'incapacità lavorativa va di regola eseguito nell'ambito di una perizia pluridisciplinare) – rileva infine che i periti del SAM hanno concluso che “(...) come già detto al punto 8 le varie percentuali non si sommano, poiché entrambe prendono in considerazione il dolore cronico con riduzione del rendimento. (...)” (doc. AI 116/24). 2.13. Quanto alla valutazione economica questo Tribunale rileva che nel 2009 il reddito da valido dell'assicurata ammonta a fr. 70'936.32 (salario da valido per il 2007 di fr. 68'115.-- [importo stabilito dalla consulente in integrazione nel rapporto finale 19 febbraio 2009 sub doc. AI 124/1-3] +2% per il 2008 e + 2,1% per il 2009 [ cfr. tabella B 10.2, pubblicata in *La Vie économique*, 7/8-2010, pag. 91] = fr. 70'936.32). Per il medesimo anno il reddito ipotetico da invalido ammonta invece a fr. 53'219.22 (salario ipotetico da invalido per il 2007 di fr. 51'082 [importo stabilito dalla consulente in integrazione nel rapporto finale 19 febbraio 2009 sub doc. AI 124/1-3] aumentato moltiplicando per 2219 : 2175 per il 2008 e per 2266 : 2219 per il 2009 [ cfr. tabella B 10.3, pubblicata in *La Vie économique*, 7/8-2010, pag. 91] = fr. 53'219.22). Ritenuta una capacità lavorativa del 60% in un'attività adeguata e applicata la riduzione del 5% riconosciuta dalla consulente in integrazione (5% per attività leggera; cfr. doc. AI 124/2 e 125/1) il reddito ipotetico da invalido ammonta infine a fr. 30'334.95 ( fr. 53'219.22 x 60% ridotti del 5% = fr. 30'334.95). Ritenuto il reddito da valido di fr. 70'936.32 e quello ipotetico da invalido di fr. 30'334.95 il grado d'invalidità è del 57% ( $[70'936.32 - 30'334.95] \times 100 : 70'936.32 = 57.23\%$  arrotondato al 57% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 21 consid. 3.2). In simili circostanze – visto tutto quanto precede e conformemente alla giurisprudenza federale in merito all'effetto della riduzione in via di revisione di una rendita dopo che l'amministrazione ha provveduto ad emettere una nuova decisione come indicato dall'autorità giudiziaria (cfr. consid. 2.7) – la rendita intera va ridotta a mezza rendita con effetto dal 1. febbraio 2010 (art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI). Di conseguenza il ricorso va accolto e la decisione impugnata riformata nel senso che fino al 31 gennaio 2010 l'assicurata ha diritto alla rendita intera e dal 1. febbraio 2010, mese che segue la notifica della decisione impugnata, ad una mezza rendita. Quanto all'asserito mancato rispetto della transazione omologata con lo stralcio 6 luglio 2007 (doc. AI 109/1-2) – l'avv. RA 1 censura in sostanza che “(...) nonostante

l'annullamento della decisione in questione [ndr.: si riferisce alla decisione su opposizione dell'Ufficio AI del 12 aprile 2007, doc. AI 101/2-3 e la motivazione sub doc. AI 99/1-3], non è mai stato ripristinato il versamento della rendita intera in favore della ricorrente, la quale ha continuato a percepire solo ½ rendita! (...)” (I) –, il TCA si limita qui ad osservare che anche nel caso concreto torna applicabile la giurisprudenza federale secondo la quale 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 d'istruzione fino alla notifica della nuova decisione (DTF 129 V 370 che conferma la 106 V 18). Questa giurisprudenza, lo si ribadisce, non ha per contro ripercussioni sul principio in base al quale la revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA e 88bis cpv. 2 lett. a OAI ha effetto per il futuro (cfr. consid. 2.7). 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.--, sono poste a carico dell'Ufficio AI che verserà all'assicurata la somma di fr. 1'500.-- a titolo di ripetibili (art. 61 cpv. 1 lett. g LPGA).

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