

# TI\_GERICHTE 32.2013.114 vom 14. Mai 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-05-14, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2013.114](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.114)

FR: TI\_GERICHTE 32.2013.114 du 14 mai 2013

IT: TI\_GERICHTE 32.2013.114 del 14 maggio 2013

## Regeste

Soppressione della rendita in via di revisione. Perizia reumatologica confermata

## Erwägungen

### E. 2

con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 30/31 (art. 17 LPGA), pag. 379-380). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C\_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e 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. 2.6. Nel caso in esame, con decisione del 28 giugno 2012 l'assi-curata è stata posta al beneficio di una rendita intera dal 1. marzo 2011 essendo stata ritenuta, come risulta dalle motivazioni (cfr. doc. AI 65/1-3), totalmente inabile al lavoro per qualsiasi attività dal marzo 2010 (cfr. consid. 1.1). L'Ufficio AI aveva fondato il proprio provvedimento sulla base delle annotazioni 1. aprile 2011 e 24 febbraio 2012 nelle quali il dr. \_\_\_\_\_ aveva evidenziato che "(...) dalla documentazione medica pervenuta non è possibile comprendere il procedere intercorso; si ventilava infatti un consulto neurologico come pure la possibilità di un intervento chirurgico, ma non abbiamo dei referti medici in merito. Si richiede pertanto al signor \_\_\_\_\_ di richiedere re alla \_\_\_\_\_ delucidazioni a riguardo questo caso Lainf. (...)" (doc. AI 44/1) e concluso che "(...) IL 100% giustificata in ogni attività dal marzo 2010 e continua. Rivalutazione clinica nel giugno prossimo quando procederemo a valutazione specialistica se non sarà già stata espletata nel frattempo da \_\_\_\_\_. (...)" (doc. AI 60/1). In effetti, nel "Progetto d'assegnazione di rendita" del 24 febbraio 2012, considerato trascorso l'anno di attesa e vista l'incapacità totale al lavoro dal marzo 2010, l'Ufficio AI aveva, in particolare, evidenziato che "(...) il suo caso sarà rivalutato a breve al fine di valutare l'evoluzione del

suo stato di salute e, quindi, il suo ulteriore diritto a prestazioni sottoforma di rendita. (...)” (doc. AI 61/2). 2.7. Nell’ambito della revisione intrapresa nel maggio/giugno 2012 (cfr. consid. 1.2) l’Ufficio AI ha predisposto una perizia reumatologica a cura del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 82/1 e 83/1-2). Il dr. \_\_\_\_\_, FMH in reumatologia e medicina interna, nella perizia 3 gennaio 2013 (doc. AI 88/1-14) – riassume la documentazione medica a disposizione, espone la raccolta dei dati anamnestici e la valutazione obiettiva e pone le seguenti diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa: “(...) Periartrite scapulo-omerale (PSH) post-traumatica sx su/con: - trauma contusivo-distorsivo nel marzo 2010; - possibile artrite settica post-artro Tac; - artroscopia il 07.04.2011 con tenotomia del bicipite e débridement di una rottura parziale del sovraspinoso, prelievi bioptici; - artroscopia il 26.5.2011 con riparazione sovraspinoso e prelievi bioptici (...)” (doc. AI 88/11) – ha espresso la seguente valutazione: " (...) L'assicurata ha dunque subito un infortunio alla spalla sx nel marzo 2010, per la quale è stata trattata con le usule terapie conservative. Nel decorso di una puntura articolare per una artroTac ha presentato disturbi sospetti per un'artrite settica, poi non confermata dai prelievi bioptici a scopo batteriologico ricavati dal primo intervento artroscopico dell'aprile 2011. Nel maggio 2011 l'assicurata è dunque stata sottoposta ad un secondo intervento di riparazione di una lesione parziale del tendine sovraspinato. Il decorso si è rilevato piuttosto lungo anche se progressivamente favorevole, come risulta dall'abbandonate documentazione medica riassunta precedentemente, con oggettivamente il recupero di una mobilità praticamente completa ma ancora dolente ai movimenti sopra l'orizzontale (Rapporto Dr. \_\_\_\_\_ del 16.7.2012). Soggettivamente i dolori aumentano nel corso della giornata, i movimenti sono limitati al di sopra dell'orizzontale, non riesce a prendere o portare pesi con l'arto superiore sx e lascia talvolta cadere gli oggetti. Nell'anno in corso i disturbi non hanno mostrato alcuna evoluzione. Clinicamente la spalla sx si presenta calma, senza segni flogistici, né gonfiore. Il trofismo muscolare dei cingoli scapolari e degli arti superiori è simmetrico. La spalla è dolente diffusamente alla palpazione sul suo versante anteriore. La mobilità attiva è limitata dai dolori a 110° per quanto riguarda l'elevazione (flessione) e a 90° per l'abduzione. Le rotazioni sono pressoché simmetriche con solo lieve limitazione alla presa del grembiule dal basso a sx. Le manovre di Neer e Jobe sono descritte come dolenti. Le articolazioni acromio-clavicolarie e sterno-costali non sono sintomatiche. La mobilità è dunque chiaramente inferiore a quella descritta nelle ultime visite da Dr. \_\_\_\_\_ e Dr. \_\_\_\_\_ a partire dal maggio u.s., senza che sia avvertito un peggioramento soggettivo da parte della paz. e senza che sia possibile ipotizzare particolari cause organiche a questo riguardo. Vi è inoltre una discreta ma diffusa diminuzione di forza a tutte le prove contro resistenza, che si accompagnano anche di continui piccoli cedimenti ("lâchages"), diminuzione di forza riscontrabile però anche alla mano sx, con forza di presa ridotta di oltre il 50% rispetto a dx (con prove non influenzate da dolori alla spalla sx!), per cui occorre ritenere la presenza di una certa componente funzionale. Per quanto riguarda la diagnostica per immagine le Rx standard eseguite in occasione della perizia non mostrano particolarità di rilievo, mentre alla TAC 12.04.2012 sono descritti degli aspetti degenerativi a livello del tubero maggiore, ma nessuna lesione muscolare o tendinea. Ricordo che un'indagine RMN risulterebbe molto problematica a causa di una claustrofobia. Riassumendo, la paz. ha dunque presentato una PSH sx post-traumatica con lesione parziale del sovraspinato, con possibile artrite settica iatrogena (non oggettivata, rispettivamente oggettivabile), trattata nell'aprile e maggio 2011 con due interventi artroscopici. Il recupero postoperatorio, seppur lento e prolungato, è risultato tutto sommato favorevole, per cui

persiste ancora una discreta irritabilità della spalla sx ai movimenti di elevazione e abduzione, soprattutto al di sopra dell'orizzontale, non di meno associata ad una componente funzionale. Per quel che concerne la prognosi, la situazione può senz'altro essere considerata stabilizzata, con disturbi soggettivamente stabili nell'ultimo anno e scarse possibilità ulteriore miglioramento in futuro. (...)" (doc. AI 88/11-12) Quanto alle conseguenze sulla capacità di lavoro e d'integrazione il perito ha concluso: " (...) B. CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ DI LAVORO B.1 Menomazioni (qualitative e quantitative! dovute ai disturbi constatati: La PSH sx è dunque l'unica problematica reumatologica rilevante in questo caso. Considerando anche che si tratta di una paz. destrimane e di tutto quanto precede si devono considerare i seguenti limiti funzionali: Può sollevare spesso pesi fino a 10 kg fino all'altezza dei fianchi, di rado fino all'altezza del petto, solo occasionalmente sopra il piano delle spalle. Può sollevare talvolta pesi fino a 20 kg fino all'altezza dei fianchi, mai fino all'altezza del petto o sopra il piano delle spalle. Non può sollevare pesi superiori. Può sollevare solo talvolta pesi fino a 10 kg lontano dal tronco. Non può eseguire lavori di forza o ripetitivi che necessitano l'uso dell'arto superiore sx sopra l'orizzontale. Può maneggiare o manipolare solo di rado attrezzi pesanti, talvolta attrezzi medi (se richiesto l'uso di entrambi gli arti superiori). Può maneggiare normalmente attrezzi o oggetti leggeri, rispettivamente di precisione. Può rimanere normalmente, senza limitazione, in posizione seduta, seduta-chinata, eretta ed eretta-chinata, inginocchiata e accovacciata. Può flettere e ruotare normalmente il tronco. Può camminare normalmente, anche su tragitti lunghi, su terreni non piani e sulle scale. Non dovrebbe salire su scale a pioli. B.2 Conseguenze dei disturbi sull'attività attuale: A partire dalla data dell'infortunio del 23.3.2010 è certificata un'inabilità lavorativa completa. Secondo il parere dei medici chirurghi-ortopedici Dr. \_\_\_\_\_ e Dr. \_\_\_\_\_ la sua attività precedente presso la casa per anziani non è più possibile. Ritenendo essi che vi sia una scarsa possibilità di ulteriore miglioramento, tale incapacità lavorativa è probabilmente da ritenere definitiva. C. CONSEQUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE: C.1 È possibile effettuare provvedimenti d'integrazione? Sono in corso o previsti? Non sono attualmente in corso o previsti provvedimenti d'integrazione. Le misure riabilitative non hanno portato negli ultimi mesi ad un miglioramento della situazione clinica. Non ho dunque proposte particolari inerenti la mia specialità. C.2 È possibile migliorare la capacità di lavoro sul posto di lavoro attuale? No. C.3 L'assicurato è in grado di svolgere altre attività? Un'attività adatta alle condizioni dell'assicurata sarebbe dunque un'attività leggera o media, che tenga debitamente conto dei limiti funzionali indicati sopra (B.1). In attività adatta così definita e dal lato reumatologico, l'assicurata presenta una capacità lavorativa completa, sia in termini di tempo che di rendimento, in ogni caso a partire dal 1.1.2013. Così, anche per l'attività di casalinga, vi è un rendimento completo. (...) " (doc. AI 88/13-14) La valutazione del dr. \_\_\_\_\_ è stata confermata dal dr. \_\_\_\_\_ nel rapporto finale SMR del 4 gennaio 2013 (doc. AI 89/1-3). Lo stesso sanitario – avuto riguardo allo scritto 16 aprile 2013 della dr.ssa \_\_\_\_\_ indirizzato all'Ufficio AI (doc. AI 92/2-3) e al rapporto 15 aprile 2013 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 92/5) – nell'annotazione 14 maggio 2013 ha concluso che "(...) dalle osservazioni emesse dai MC non vengono oggettivati nuovi elementi clinici o paraclinici nel senso di un peggioramento dello stato di salute di natura inabilitanti a lungo termine. Tali osservazioni non apportano dunque nuovi elementi di natura medica che giustifichino una rivalutazione clinica, anche in considerazione della perizia reumatologica espletata alcuni mesi fa. Le differenze riscontrate sono a nostro avviso riconducibili a una diversa interpretazione della misura della capacità lavorativa

espressa dai MC rispetto al dr. \_\_\_\_\_ che espletò la perizia reumatologica, quanto piuttosto a una evoluzione in senso peggiorativo della malattia dell'Assicurato. (...)” (doc. AI 94/1). 2.8. Per costante giurisprudenza (STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato ( DTF 125 V 256 consid.

#### **E. 4**

pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 348). 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). 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 ; 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). 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). Va poi 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). 2.9. Nell'evenienza concreta, richiamata la suesposta giurisprudenza in materia di valore probatorio di rapporti medici, questo Tribunale non intravede ragioni

che gli impediscano di far proprie le conclusioni a cui è giunto il perito dr. \_\_\_\_\_, il quale ha compiutamente valutato le differenti affezioni di cui l'assicurata è portatrice, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni secondo la quale – considerata un'incapacità lavorativa totale in qualsiasi attività dal 23 marzo 2010 (data dell'infortunio) al dicembre 2012 – dal 1. gennaio 2013 (ovvero dalla perizia del dr. \_\_\_\_\_) vi è da ritenere un'incapacità lavorativa totale definitiva nella sua attività abituale di ausiliaria di cura presso una casa per anziani e una capacità lavorativa del 100% in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti. In particolare, quo al contestato miglioramento dello stato di salute, questo Tribunale rileva quanto segue. Il dr. \_\_\_\_\_, FMH in ortopedia e chirurgia ortopedica, nella prima valutazione peritale del 28 settembre 2010 all'intenzione della Swica (doc. 50/1-19 incarto Lainf) – poste le diagnosi di “(...) • Escoriazioni al ginocchio sinistro ed al membro superiore sinistro limitatamente al pollice ed al gomito, guarite normalmente • Sindrome di impingement sottoacromiale post-contusionale della spalla sinistra evoluta in sindrome spalla-mano in seguito ad una complicazione iatrogena verificatasi il 5 maggio (infezione secondaria all'iniezione del mezzo di contrasto all'occasione dell'esame artro-TAC) senza l'influenza di eventuali fattori sfavorevoli preesistenti (...)” (doc. 50/1 incarto Lainf) – ha espresso la seguente prognosi: “(...) ricordo che il decorso infortunistico risulta profondamente influenzato dall'infezione loco-regionale della spalla in seguito all'iniezione intra-articolare del mezzo di contrasto all'inizio dell'esame artro-TAC e che prima di affrontare le problematiche dell'impingement sotto-acromiale quale conseguenza diretta della contusione subita il 23.03.2010 si deve curare la sindrome spalla-mano, cioè la sintomatologia dolorosa che attualmente si manifesta a sinistra dal collo alla mano sia all'occasione dei movimenti del braccio che a riposo. Solo in seguito il Dr. \_\_\_\_\_ potrà eseguire una prima infiltrazione sottoacromiale di corticoidi e decidere secondo il risultato se ripeterla o procedere ad un intervento artroscopico di decompressione sottoacromiale. Non è quindi possibile, allo stato attuale delle cose, stabilire una prognosi precisa. Essa potrà comunque venire precisata ulteriormente a dipendenza dall'esito dei passi intrapresi. Per intanto si può tutt'al più prevedere un ulteriore periodo di incapacità lavorativa da 2 a 6 mesi. (...)” (doc. 50/17 incarto Lainf). Lo stesso specialista, nell'ulteriore valutazione peritale del 6 giugno 2012 (doc. 28/1-31 incarto cassa malati) – elencati tutti gli atti medici acquisiti dopo il 28 settembre 2010 e, in particolare, avuto riguardo agli esiti degli interventi artroscopici del

## **E. 7**

aprile e 26 maggio 2011 a cura del dr. \_\_\_\_\_ – ha rilevato che “(...) di regola la prognosi dopo decompressione sottoacromiale, tenotomia del bicipite e reinserzione del tendine del sovraspinato è buona con possibilità di ripristino normale di attività manuali medio pesanti, a volte anche pesanti 3-6 mesi dopo l'intervento. In questo caso, l'intervento artroscopico è stato eseguito tardivamente e in due tempi a causa delle complicazioni settiche insorte a seguito dell'esame artro-TAC del 5 maggio 2010. Per questo motivo il decorso post-operatorio si è procrastinato e lo stato della spalla è finito per stabilizzarsi con dei disturbi residuali significativi. Nonostante il miglioramento oggettivo della funzionalità della spalla stabilito dal Prof. \_\_\_\_\_ nel maggio di quest'anno i movimenti risultano ancora dolorosi ed associati ad un'importante affaticabilità soprattutto nell'eseguire movimenti al di sopra della testa. (...)” (doc. 28/30 incarto cassa malati; la sottolineatura è del redattore). Dalle risultanze susposte emerge dunque che, dopo che l'Ufficio AI aveva riconosciuto il diritto alla rendita intera prevedendo una revisione a breve (cfr. consid. 2.6),

lo stato di salute si è stabilizzato. Va qui rilevato che il TF, nella STF 8C\_662/2012 del 18 settembre 2013 (giudizio, questo, reso nella composizione a 5 giudici e pubblicato in SVR 2014 IV Nr. 2 pag. 4), ha ritenuto che se sussiste un residuo (sequele di una malattia) occorre di principio ammettere un notevole miglioramento delle precedenti condizioni di salute. L'Alta Corte – chiamata a pronunciarsi in un caso in cui l'Ufficio AI aveva contestato il riconoscimento del diritto ad un quarto di rendita nell'ambito di una procedura ricorsuale sfociata nella sentenza con cui era stata riconosciuta una rendita scalare (intera dal 1. settembre 2001 al 31 dicembre 2005, mezza dal 1. gennaio 2006 al 30 novembre 2007 e un quarto dal 1. dicembre 2007) – ha, in particolare, rilevato che “(...) U nter Residuum ist der Restzustand einer Krankheit zu verstehen, das Vorliegen bleibender Restsymptome nach Abklingen der akuten Phase einer Erkrankung (Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch 2012, 263. Aufl., Berlin 2011, S. 1796). Nach dieser Definition besteht die zunächst festgestellte Erkrankung in abgeschwächter Form zwar weiter. Dass sie sich nicht mehr in ihrer ursprünglichen Ausprägung manifestiert, stellt jedoch eine - auch von der Beschwerdegegnerin nicht in Abrede gestellte - massgebliche Verbesserung des früheren Gesundheitszustandes dar. Eine solche lässt eine Rentenreduktion oder gar -aufhebung auf dem Weg einer Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG grundsätzlich rechtfertigen, sofern die damit einhergehende Verminderung der beeinträchtigenden Auswirkungen auf das Leistungsvermögen hinreichend erheblich ist. (...)” (STF 8C\_662/2012 del 18 settembre 2013 consid. 3.3.1). Dal canto suo il dr. \_\_\_\_\_ – ritenuta la stabilizzazione dello stato di salute e invitato a pronunciarsi sullo stato funzionale in un'attività adeguata con la misura della capacità lavorativa e l'indicazione dei limiti funzionali (cfr. doc. AI 82/1) – , nella perizia reumatologica del 3 gennaio 2013 ha, in particolare, attestato che “(...) riassumendo, la paz. ha dunque presentato una PSH sx post-traumatica con lesione parziale del sovraspinato, con possibile artrite settica iatrogena (non oggettivata, rispettivamente oggettivabile), trattata nell'aprile e maggio 2011 con due interventi artroscopici. Il recupero post-operatorio, seppur lento e prolungato, è risultato tutto sommato favorevole, per cui persiste ancora una discreta irritabilità della spalla sx ai movimenti di elevazione e abduzione, soprattutto al di sopra dell'orizzontale, non di meno associata ad una componente funzionale. Per quel che concerne la prognosi, la situazione può senz'altro essere considerata stabilizzata, con disturbi soggettivamente stabili nell'ultimo anno e scarse possibilità di ulteriore miglioramento in futuro. (...)” (doc. AI 88/12; le sottolineature sono del redattore). La dr.ssa \_\_\_\_\_, FMH in medicina generale – visto il progetto di soppressione della rendita d'invalidità del 14 marzo 2013 (doc. AI 91/1-3) e dopo che nei precedenti rapporti del 12 novembre 2010 e del 16 luglio 2012 aveva attestato un'incapacità totale nella sua attività abituale dal marzo 2010 (cfr. doc. AI 22/1-4 e 77/1-7) – , nello scritto 16 aprile 2013 indirizzato all'Ufficio AI (doc. AI 92/2-3), ha inoltre concluso che “(...) dal punto di vista medico la paziente è ancora sofferente, e appena la spalla viene sollecitata deve prendere degli antidolorifici e non riesce a dormire. Inoltre c'è la componente depressiva che però potrebbe regredire allor quando la sua situazione diventasse un po' più rosea. Come ulteriore fattore deteriorante credo che il tutto sia stato legato e peggiorato ad un intervento diagnostico che le ha procurato un'infezione, dunque una causa iatrogena, di cui ella non ne ha colpa. Sotto quest'ottica vi chiedo di rivalutare l'invalidità lavorativa e di adeguarla, secondo la mia valutazione, al 50%. (...)” (doc. AI 92/3, la sottolineatura è del redattore). In merito all'accennato disturbo depressivo va qui rilevato che, oltre a non essere esperta in materia, la dr.ssa \_\_\_\_\_ non ha posto alcuna diagnosi secondo una codificazione internazionale riconosciuta (cfr. consid. 2.4; in

argomento vedi anche la STF 9C\_636/2013 del 25 febbraio 2014). Inoltre – ricordato anche che fattori psicosociali o socioculturali non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno (in argomento vedi la STF 9C\_990/2012 del 10 giugno 2013 consid. 1.2 con riferimenti e la STCA del 17 giugno 2009 inc. 32.2008.216) – secondo la stessa sanitaria la terapia farmacologica ha avuto effetto positivo: “(...) dal punto di vista psicosociale tutta questa situazione le ha provocato una sindrome depressiva di cui non aveva mai sofferto prima; infatti da febbraio 2012 aveva iniziato una terapia antidepressiva con Cipralex che ha continuato fino a ottobre 2012, dove vi erano dei segni di miglioramento motivo per cui l’aveva sospesa. (...)” (doc. AI 92/2).

Riguardo alla diagnosi di infetto low grade della spalla che, secondo l’insorgente, il perito dr. \_\_\_\_\_ avrebbe considerato in modo superficiale, va rilevato quanto segue.

Innanzitutto – a prescindere dal fatto che il dr. \_\_\_\_\_ ha considerato tutta la documentazione medica agli atti e quindi anche i referti dei sanitari che hanno posto detta diagnosi e che lo stesso perito ha ritenuto una “(...) possibile artrite settica post-artro Tac (...)” (doc. AI 88/11) – va qui evidenziato che per l’assicurazione invalidità non è importante la diagnosi ma le sue conseguenze sulla capacità lavorativa (in argomento STF 9C\_49/2012 del 12 luglio 2012 consid. 6 con riferimenti). Il dr. \_\_\_\_\_, FMH in reumatologia, nel certificato medico 28 giugno 2013, non si è confrontato puntualmente con la perizia del dr. \_\_\_\_\_ limitandosi ad attestare, tra l’altro, che “(...) la paziente aveva un’infezione lenta, è stata curata con antibioterapia di corta durata (7 giorni). Malgrado i prelievi biotipici della seconda operazione (un solo prelievo), rilevatisi normali è ben possibile che attualmente presenti ancora un’infezione lenta. La paziente sarebbe comunque da rivalutare in ambito specialistico da uno specialista della spalla eventualmente in ambito universitario o para-universitario. Sicuramente l’infezione lenta ha influito sul deterioramento della spalla. (...)” (doc. E).

Dal canto suo il dr. \_\_\_\_\_, medico presso la clinica ortopedica di \_\_\_\_\_ e FMH in chirurgia ortopedica e traumatologia dell’apparato locomotorio – invitato dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ ad esprimersi sulla decisione di soppressione della rendita – , nel rapporto 3 luglio 2013 ha, in particolare, rivelato che “(...) anlässlich der Arthro CT Untersuchung ist es offenbar innerhalb 24 Stunden zu einem Status febrilis gekommen mit starkem Anschwellen der Weichteilstrukturen und starken Schmerzen der Patientin. Diese Reaktion ist meines Erachtens durchaus erklärt durch einen Paravasat des Kontrastmittels das allenfalls toxische oder gar allergische Reaktionen auslösen kann, aber nicht typisch ist für das Auftreten einer akuten bakteriellen Infektion, welche erst nach Tagen Latenz in Erscheinung tritt und dann sicherlich nicht mit einer kurzzeitigen Dalacin Behandlung zum Abklingen gebracht werden kann. Damit hege ich auch Zweifel am Vorliegen eines Low-grade-Infektes nach besagter Arthro CT Untersuchung, insbesondere aber lassen die zur Verfügung gestellten Akten keine Schluss zu, ob in den von Kollege \_\_\_\_\_ entnommenen Biopsien, in der bakteriologischen Untersuchung auch wirklich ein Keim gewachsen ist, der nicht einer Kontamination sondern reel einem Infekt entspricht. Ich habe keine Kenntnis über das Resultat einer allfälligen Punktion und Zellzahlbestimmung, genau so wenig ein Bakteriologie Resultat der Biopischen Kulturen wo offensichtlich auch in der Korrespondenz kein konkreter Keim genannt wird. (...)” (doc. F).

Al riguardo il dr. \_\_\_\_\_, nel complemento peritale 6 agosto 2013, ha rilevato che “(...) il Dr. \_\_\_\_\_ ritiene plausibile che la paz. avesse una infezione batterica “lenta” alla spalla sx, consigliando una valutazione specialistica da uno specialista della spalla. Inoltre ritiene una inabilità lavorativa totale in qualsiasi mestiere. Circa un mese fa la paz. è poi stata vista

dal Dr. \_\_\_\_\_, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotorio della clinica \_\_\_\_\_ (gruppo \_\_\_\_\_) di \_\_\_\_\_. Nella sua valutazione ritiene improbabile che la paz. abbia avuto un infetto della spalla sx dopo l'esame artro-CT del maggio 2010, pur non potendo a posteriori esprimersi con assoluta certezza. (...)” (XII/1). La dettagliata ed approfondita valutazione del dr. \_\_\_\_\_ non è stata del resto smentita da altri certificati da parte di medici specialisti attestanti nuove patologie ed è stata confermata anche dal dr. \_\_\_\_\_ sia nel rapporto finale 4 gennaio 2013 che – considerati lo scritto 16 aprile 2013 della dr.ssa \_\_\_\_\_ indirizzato all'Ufficio AI (doc. AI 92/2-3) e il rapporto 15 aprile 2013 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 92/5) – nel-l'annotazione 14 maggio 2013 (doc. AI 89/1-3 e 94/1). Inoltre (anche se non si sono confrontati debitamente con le conclusioni peritali), il dr. \_\_\_\_\_, nel complemento peritale del 6 agosto 2013, ha preso posizione sia sul referto 3 luglio 2013 del dr. \_\_\_\_\_ che sul certificato medico 28 giugno 2013 del dr. \_\_\_\_\_. Le conclusioni del perito sono poi state confermate dal dr. \_\_\_\_\_ nell'annotazione dell'8 agosto 2013 (XII/3). Va qui ricordato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di lite non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (STF 9C\_38/2008 del 15 gennaio 2009, STF 9C\_602/2007 dell'11 aprile 2008, consid. 5.3), poiché 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, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 353 ) e che il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, consid. 3.4 entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). In particolare, nella STF 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013, l'Alta Corte ha ricordato che “(...) il medico curante, che vede il proprio paziente quando il disturbo si trova in una fase acuta, tende a farsi un'idea diversa della gravità del danno alla salute rispetto al perito il cui esame invece non si focalizza sulla necessità di cura in un dato momento (...)” (STF 9C\_697/2013 del 15 novembre 2013, consid. 3.2 e riferimenti). Del resto, la ricorrente non ha prodotto l'ulteriore documentazione medica preannunciata con lo scritto del 13 novembre 2013: “(...) Al riguardo la mia assistita mi comunica essere intervenuto un peggioramento del suo stato di salute. Essa si sottoporrà a breve ad una risonanza ed a una visita medica i cui esiti non mancherò di comunicarvi. (...)” (XIV). Alla luce del tempo trascorso nel frattempo e considerato il fatto che fosse lecito attendersi che i documenti medici preannunciati venissero prodotti “ entro un termine ragionevole”, si deve concludere che l'insorgente ha rinunciato alla produzione di ulteriori atti medici (cfr., al riguardo, STF 8C\_45/2010 del 26 marzo 2010, con la quale il TF ha confermato la STCA 35.2009.86 del

## **E. 10**

dicembre 2009 ). In conclusione, ricordato che contestualmente alla decisione con cui ha riconosciuto il diritto ad una rendita intera l'Ufficio AI aveva già ritenuto necessario procedere a breve ad una revisione (cfr. consid. 2.6), rispecchiando la perizia reumatologica 3 gennaio 2013 del dr. \_\_\_\_\_ (doc. AI 88/1-14) tutti i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.8) e non essendo provato un peggioramento dopo il mese di gennaio 2013 e prima del

## E. 14

maggio 2013, a ragione l'Ufficio AI ha confermato un'incapacità lavorativa totale e definitiva nella sua attività abituale di ausiliaria di cure in una casa per anziani dal marzo 2010 e, dal 1. gennaio 2013 (dopo la visita del dr. \_\_\_\_\_ il 5 dicembre 2012), una capacità lavorativa del 100% in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti. In questo senso – a differenza di quanto attestato dal dr. \_\_\_\_\_ che (scostandosi, peraltro, dalla valutazione espressa dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ e confermata dal dr. \_\_\_\_\_; cfr. doc. AI 92/2-3 e 92/5), nel certificato medico del 28 giugno 2013, ha concluso che “(...) per il momento la paziente rimane in incapacità lavorativa totale in ogni qualsiasi mestiere e va rivalutata come detto in ambito specialistico. (...)” (doc. E) – questo Tribunale non ritiene necessario procedere ad ulteriori accertamenti medici peritali. 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, *Bundes-verwaltungsrechtspflege*, 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. (STF 9C\_18/2010 del 7 ottobre 2010 consid. 5.4; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Va inoltre 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).

2.10. Quanto alla reintegrabilità sul mercato del lavoro il consulente in integrazione, nella valutazione del 14 marzo 2013 (doc. AI 90/1-3), ritenuta una capacità lavorativa totale in un'attività adeguata dal 1. gennaio 2013, ha concluso che “(...) partendo dalle limitazioni medico-teoriche e tenendo conto della configurazione della realtà economica del Cantone Ticino, si può ritenere che (pur tenendo conto delle componenti riduttive) in situazione di equilibrio il mercato del lavoro accessibile sia ancora apprezzabilmente esteso. Chiaramente l'abituale attività di ausiliaria di cura/assistente sanitaria non è più idonea rispetto al problema di salute dell'A. L'A. potrebbe essere reintegrata sul mercato del lavoro in attività leggere in professioni, ad esempio, con mansioni d'assemblaggio, stampa, rifinitura, lucidatura, attività di controllo, di sorveglianza, vendita al dettaglio, ecc.. (...)” (doc. AI 90/2). L'insorgente non ha messo in dubbio questa valutazione limitandosi ad evidenziare che “(...) il perito sostiene che in un'attività adeguata la ricorrente presenterebbe una capacità lavorativa completa, sia in termini di tempo che di rendimento. Lo specialista non indica però quali lavori sostitutivi potrebbero entrare in linea di conto. Per l'assenza di formazione da parte della signora RI 1, lavori d'ufficio o di amministrazione non sono in concreto proponibili. Si ricorda che la ricorrente, nell'ambito dei provvedimenti messi in atto dall'UAI, aveva iniziato un corso

di base di segretaria che la stessa aveva però dovuto sospendere a causa dei forti dolori lamentati. Il dr. med. \_\_\_\_\_ ha inoltre rilevato, nel proprio rapporto del 15 aprile 2013, come sia estremamente improbabile che la ricorrente possa, dal punto di vista professionale, trovare un'attività in cui non debba utilizzare la spalla sinistra. (...)” (I punto 7 pag. 12). La questione relativa alle attività professionali concretamente realizzabili è di competenza del consulente in integrazione professionale (STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008, consid. 3; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, 2010, ad art. 28a, pag. 348). Secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito va rilevato che il TF ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza (STF 8C\_399/2007 del 23 aprile 2008; VSI 1998 pag. 296 consid. 3b; STFA U 329/01 del 25 febbraio 2003 consid. 4.7). Occorre inoltre ricordare che le difficoltà del mercato del lavoro rappresentano un elemento estraneo all'invalidità. In effetti, secondo dottrina e giurisprudenza, l'assicurato deve compiere ogni sforzo per valorizzare al massimo le sue capacità di guadagno (DTF 123 V 96 consid. 4c; RAMI 1996 U 240 pag. 96; SVR 1995 UV 35 pag. 106 consid. 5b e riferimenti). Se, malgrado tale impegno, un'occupazione confacente all'interessato non è reperibile in concreto, questo è dovuto alla congiuntura del momento, per la quale, considerata la nozione di mercato equilibrato del lavoro, né l'assicurazione per l'invalidità né quella contro gli infortuni sono tenute a rispondere (DTF 110 V 276 consid. 4c; RCC 1991 pag. 332 consid. 3b). Alla luce della suenunciata giurisprudenza questo Tribunale non ha, nel caso concreto, motivo per mettere in dubbio le conclusioni della consulente che non sono, del resto, nemmeno state puntualmente contestate. È inoltre da ritenere che l'assicurata, tenuto conto anche dell'obbligo di diminuire il danno (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b e 400 consid. 4b con i riferimenti ivi citati), possa ragionevolmente sfruttare la sua residua capacità lavorativa in quei settori d'attività accessibili a lavoratori non qualificati, con mansioni semplici e ripetitive che non richiedono una preparazione professionale specifica, ma possono essere esercitate dopo una semplice introduzione al posto di lavoro ed un breve periodo di rodaggio. Ad esempio va menzionato il settore dell'industria, in cui possono essere eseguite attività di controllo e di sorveglianza, fisicamente assai leggere, oppure quello dei servizi dove vi sono mansioni che non presuppongono particolari attitudini intellettuali e che non comportano aggravii fisici e possono essere svolte prevalentemente in posizione seduta (per es. attività d'incasso, d'assemblaggio, di confezione prodotti, di controllo ecc.) con la possibilità anche di variare frequentemente la postura. Va qui inoltre ricordato che l'Alta Corte ha ritenuto completamente abile in attività leggere, da svolgere all'altezza del banco impicanti unicamente la manipolazione di oggetti leggeri, un assicurato, di professione muratore, che soffriva di una sindrome da attrito sottoacromiale ad entrambe le spalle, persistente malgrado le operazioni eseguite nel frattempo (riparazione cuffia dei rotatori, acromioplastica a livello della due spalle; STFA I 356/04 del 12 maggio 2005, consid. 2.2 e 3.1). Con STFA I 27/06 e U 18/06 del 24 agosto 2006, consid. 5.2.3, il TFA ha considerato in grado di svolgere a tempo pieno semplici mansioni di sorveglianza, rispettivamente, di controllo, così come lavori in un chiosco nonché attività ausiliarie nel campo della gastronomia o in un magazzino, un assicurato, nato nel 1948, che soffriva di dolori cronici alla spalla destra con irradiazione al braccio destro, di

un'importante rottura della cuffia dei rotatori a destra (con rottura completa del tendine dei muscoli sovra- e infraspinato, rottura parziale del tendine sottoscapolare e lussazione del tendine del bicipite), di un'artrosi dell'articolazione acromio-claveare e di una persistente pseudoparalisi del braccio destro (diagnosi differenziale: spalla congelata post-traumatica). In concreto quindi, alla luce della giurisprudenza sopra riportata, questo Tribunale ritiene che anche nel caso di specie sul mercato generale del lavoro esistano delle occupazioni, essenzialmente di controllo e di sorveglianza, che la ricorrente, nonostante i disturbi che interessano il suo arto superiore sinistro, sarebbe in grado di esercitare a tempo pieno e con un rendimento completo. 2.11. Quanto alla valutazione economica il TCA rileva quanto segue. Nel 2013 (anno in cui viene soppressa la rendita) – partendo da un reddito annuo per il 2010 di fr. 48'176.30 (vedi il conteggio prestazioni 4 ottobre 2010 della \_\_\_\_\_; 3'595.10 moltiplicati per tredici mensilità e aumentati dell'indennità vacanze/giorni festivi di 1'440.-- = 48'176.30; doc. 52/1 dell'incarto Lainf) e aggiornati al 2013 (aumentati dello 0.4% per il 2011 e del 1.7% per il 2012 [cfr. la tabella B10.2 relativa all'evoluzione dei salari nominali settore 96 altre attività di servizi personali in La Vie économique 10-2013 pag. 91] + 0.7% per il 2013 [stima trimestrale dell'Ufficio federale di statistica]) – si ottiene un reddito da valido di fr. 49'535.61. Nel 2013, utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, la ricorrente, svolgendo un'attività semplice e ripetitiva, livello di qualifica 4, avrebbe potuto realizzare un reddito annuo ipotetico da invalido pari a fr. 54'187.03 ( fr. 4'225.-- [ultimo dato disponibile valido per il 2010] aggiornati al 2012 e riportati su 41.7 ore [ cfr. tabella B 10.2 e B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 10-2013, pag. 90-91 ] moltiplicati per 12 [ ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA U 274/98 del 18 febbraio 1999, consid. 3a] + 0.7% per il 2013; stima trimestrale dell'ufficio federale di statistica ). Stante una capacità lavorativa del 100% in un'attività adeguata e volendo applicare (ipotesi questa la più favorevole) la riduzione massima del 25% postulata dalla ricorrente (I punto 8 pag. 12 e 13), il reddito da invalido ammonta a fr. 40'640.27 ( fr. 54'187.03 ridotti del 25% = fr. 40'640.27 ). Ritenuti un reddito da valido di fr. 49'535.61 e da invalido di fr. 40'640.27, si ottiene un grado d'invalidità del 18% ( $[49'535.61 - 40'640.27] \times 100 : 49'535.61 = 17.95\%$  arrotondato al 18% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2) che non dà diritto ad alcuna rendita d'invalidità (cfr. consid. 2.3). 2.12. In simili circostanze, visto tutto quanto precede – in particolare, la perizia reumatologica nella quale il dr. \_\_\_\_\_, ritenuto stabilizzato lo stato di salute, ha attestato una capacità lavorativa del 100% in un'attività adeguata rispettosa dei limiti funzionali posti dal 1. gennaio 2013 (cfr. consid. 2.9) – , il ricorso va dunque respinto e la decisione impugnata confermata. 2.13. 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 e il rifiuto dell'assistenza giudiziaria (come si vedrà al prossimo considerando), le spese per fr. 500.-- sono poste a carico della ricorrente. 2.14. L'assicurata ha formulato istanza di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo ( DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti, cfr. anche artt. 2 e 3 Lag.). Nella presente fattispecie non risulta soddisfatto il requisito della probabilità di esito favorevole. Tale presupposto difetta

quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese cui si esporrebbe (RAMI 1994 pag. 78; DTF 125 II 275 consid. 4b, 119 Ia 251). Dopo un esame forzatamente sommario, sulla base degli atti all'inserto, la presente vertenza appariva sin dall'inizio destinata all'insuccesso in quanto le prospettive di esito favorevole erano considerevolmente minori dei rischi di perdere la causa. In effetti, la valutazione medico-teorica del dr. \_\_\_\_\_ e la valutazione della consulente in integrazione hanno permesso di accertare con la dovuta chiarezza il grado d'invalidità e l'insorgente, anche se patrocinata da un legale, non ha apportato alcun valido elemento atto a contraddire o a mettere in dubbio tali valutazioni. Come visto sopra, nonostante non le potesse sfuggire la necessità di contestare validamente le conclusioni a cui è giunto il perito dr. \_\_\_\_\_ chiamato ad esprimersi dopo che lo stato di salute si era stabilizzato, l'insorgente in corso di procedura ricorsuale non ha prodotto alcuna documentazione medica idonea a contestare le valutazioni del perito e dei medici SMR e/o a rendere verosimile una rilevante modifica del suo stato di salute subentrata prima della decisione impugnata del 14 maggio 2013. A titolo abbondanziale va qui rilevato che la domanda di assistenza giudiziaria avrebbe dovuto essere respinta anche perché l'assicurata non risulta indigente. In effetti, dalla documentazione allegata al certificato per l'ammissione dell'assistenza giudiziaria, emerge, tra l'altro, che al 31 maggio 2013 l'insorgente disponeva di un saldo attivo di fr. 48'711.89 sul suo conto privato PostFinance. Questo importo supera la "riserva di emergenza" la cui determinazione, per una persona sola, dipende dall'apprezzamento delle circostanze del caso concreto e varia, secondo la giurisprudenza, dai 20'000 ai 40'000 franchi circa (STF 4P.158/2002 del 18 agosto 2002 consid. 2.2 e riferimenti ivi menzionati, giurisprudenza ancora richiamata di recente, ad esempio, nella STF 8C\_1008/2012 del 24 maggio 2013 consid. 3.3.5). In simili condizioni, l'istanza tendente all'esonero delle spese e tasse di giustizia e all'ammissione del gratuito patrocinio deve essere respinta.

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