

## **TI\_GERICHTE 32.2018.149 vom 2. August 2018**

TI Tribunale d'appello, 2018-08-02, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2018.149](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.149)

FR: TI\_GERICHTE 32.2018.149 du 2 août 2018

IT: TI\_GERICHTE 32.2018.149 del 2 agosto 2018

### **Regeste**

Corretta decisione con la quale UAI ha negato all'assicurata, in applicazione del metodo misto di calcolo, il diritto ad una rendita, in mancanza di un sufficiente grado di invalidità pensionabile

### **Erwägungen**

#### **E. 13**

dicembre 2005, pubblicata in SVR 2006 IV Nr. 42 pag. 151 segg.). Questa giurisprudenza è stata ribadita ulteriormente nelle DTF 137 V 334, DTF 133 V 504 e DTF 133 V 477. In una sentenza pubblicata in DTF 134 V 9, l'Alta Corte ha precisato la propria giurisprudenza e ha ammesso la possibilità di prendere in considerazione gli influssi reciproci dell'attività lucrativa e dello svolgimento di mansioni consuete nell'ambito dell'applicazione del metodo misto. Una eventuale ridotta capacità nell'ambito professionale o dell'adempimento delle mansioni consuete (secondo l'art. 27 OAI) in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività va tuttavia presa in considerazione solo a determinate condizioni. Ricordato che il metodo misto è previsto per le persone che esercitano un'attività lucrativa e che oltre a questa conducono un'economia domestica o svolgono altre mansioni ai sensi dell'art. 8 cpv. 3 LPGA (art. 5 cpv. 1 vLAI nel tenore in vigore sino al 31 dicembre 2002), secondo giurisprudenza la riduzione del tasso di occupazione esigibile in un'attività lucrativa senza che questo tempo libero venga consacrato allo svolgimento delle mansioni consuete è irrilevante ai fini del metodo di valutazione dell'invalidità. In quest'ultima fattispecie è applicabile il metodo ordinario (DTF 131 V 51). Chiamata a pronunciarsi in un caso in cui si trattava di valutare l'invalidità per gli assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza consacrare il loro tempo libero allo svolgimento delle mansioni consuete, l'Alta Corte, nella DTF 142 V 290, ha stabilito che la giurisprudenza secondo DTF 131 V 51, che concerne il metodo di confronto dei redditi applicabile alle persone che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale senza consacrare il loro tempo libero allo svolgimento delle mansioni consuete, deve essere precisata, nel senso che la limitazione nell'ambito lucrativo - in funzione dell'estensione del tasso ipotetico d'attività lucrativa parziale - deve essere considerata in modo proporzionale (cfr., al riguardo, STCA 32.2015.119 e STCA 32.2015.120, entrambe del 2 agosto 2016). Va ricordata la giurisprudenza sviluppata dal TF dopo la sentenza 7186\_09 del 2 febbraio 2016 nella causa Di Trizio contro Svizzera - divenuta definitiva a seguito del rifiuto, in data 4 luglio 2016, da parte della Grande Camera della Corte europea dei diritti dell'uomo, della richiesta avanzata dalla Svizzera di un riesame della stessa -, nella quale la seconda sezione della Corte europea dei diritti dell'uomo, chiamata a pronunciarsi in una fattispecie in cui il TF aveva confermato la soppressione del diritto alla rendita nel caso di un'assicurata che, dopo la nascita di due gemelli, con l'applicazione del metodo misto non raggiungeva più un

grado di invalidità pensionabile (STF 9C\_49/2008 del 28 luglio 2008), ha tuttavia dichiarato (per 4 voti contro 3) che vi è stata una violazione dell'art. 14 combinato con l'art. 8 CEDU, che non va esaminata separatamente la violazione dell'art. 14 combinato con l'art. 6 CEDU e che non va esaminata separatamente neppure la violazione dell'art. 8 CEDU preso da solo. La Corte europea - ricordato che non incombe a lei annullare e/o abrogare delle disposizioni di diritto interno riconosciute contrarie alla CEDU e che le sue sentenze hanno essenzialmente un carattere declaratorio - ha precisato che la Svizzera può scegliere liberamente, nella misura in cui queste soluzioni siano compatibili con le conclusioni di questo giudizio, in quale maniera conformarsi all'art. 46 CEDU evidenziando che, avuto riguardo all'insieme delle circostanze e al principio della sicurezza del diritto, la violazione della CEDU ravvisata nel caso esaminato non esige che si rimettano in discussione gli atti o le situazioni giuridiche analoghe stabilite precedentemente a questa sentenza (sul tema vedi pure la STCA 32.2015.66 del 17 marzo 2016). Nella STF 9F\_8/2016 del 20 dicembre 2016, pubblicata in DTF 143 I 50, pronunciandosi sulla domanda di revisione della STF 9C\_49/2008 del 20 luglio 2008 a seguito della succitata sentenza 7186\_09 del 2 febbraio 2016 della Corte europea dei diritti dell'uomo, la nostra Massima istanza ha evidenziato che la pronuncia della Corte europea concerneva un'assicurata che, al beneficio del diritto ad una rendita quale salariata al 100%, si è vista in seguito negare il diritto alle prestazioni solo perché, ritenuta la nascita dei figli e la conseguente riduzione del grado di occupazione, è stata considerata come una lavoratrice a tempo parziale con mansioni consuete (conduzione di un'economia domestica). Questo nuovo status, essendo un motivo di revisione, ha avuto come conseguenza il cambiamento del metodo da applicare per il calcolo del grado di invalidità - dal metodo ordinario del confronto dei redditi (valido nei casi di assicurati con un'occupazione a tempo pieno) si è passati al metodo misto (valido nei casi di attività a tempo parziale e svolgimento di mansioni consuete) - che, nel caso concreto, ha portato alla soppressione della rendita in via di revisione rispettivamente alla limitazione temporale del diritto alla rendita riconosciuta con effetto retroattivo. L'Alta Corte ha perciò concluso che vi è una violazione dell'art.

#### **E. 14**

combinato con l'art. 8 CEDU allorquando le scelte (rientranti nella sfera di protezione dell'art. 8 CEDU) prese dalla persona assicurata costituiscono la sola causa del cambiamento di status e a seguito dell'applicazione del nuovo metodo di calcolo del grado d'invalidità (metodo misto) risulta la soppressione della rendita in via di revisione rispettivamente la limitazione temporale del diritto alla rendita riconosciuta con effetto retroattivo. In una tale costellazione, allorquando questa è riconducibile unicamente ad un cambiamento di status e meglio al passaggio da assicurato con un'occupazione a tempo pieno a quella di assicurato attivo parzialmente con mansioni consuete, per ristabilire uno stato conforme alla CEDU bisogna rinunciare alla soppressione della rendita ai sensi dell'art. 17 LPG. Il Tribunale federale ha pertanto concluso che in questo caso la soppressione del diritto ad una rendita non è conforme alla CEDU. Per la ricorrente ciò ha significato che il diritto alla mezza rendita andava ripristinato anche dopo il 31 agosto 2004. La nostra Massima istanza - rilevato che le precedenti considerazioni portavano all'accoglimento della domanda di revisione della STF 9C\_49/2008 del 28 luglio 2008 e rinviando alla Lettera circolare n. 355 del 31 ottobre 2016 dell'UFAS - ha infine specificato che il giudizio del 2 febbraio 2016 della Grande Camera della Corte europea dei diritti dell'uomo, all'infuori della costellazione descritta al considerando 4.1, nulla mutava all'applicabilità del metodo misto (STCA 32.2016.21 del 17 febbraio 2017).

L'interpretazione data dal Tribunale federale nella DTF 143 I 50 (STF 9F\_8/2016 del 20 dicembre 2016) è stata criticata dalla dottrina ( u. Kieser , *Gemischte Methode: ein Blick auf die bisherige Rechtsprechung*, in: HAVE 2016 pag. 471 seg. (474); A. Mengis , *IV Mutloser Entscheid des Bundesgerichts*, in: Plädoyer 1/17 pag. 12 seg.). Con sentenza 9C\_604/2016 del 1° febbraio 2017, pubblicata in DTF 143 I 60, il Tribunale federale ha confermato il contenuto della DTF 143 I 50, aggiungendo al considerando 3.3.3 che la stessa non si applica soltanto nel caso di soppressione di una rendita in caso di revisione allorquando questa è riconducibile unicamente ad un cambiamento di status e meglio al passaggio da assicurato con un'occupazione a tempo pieno a quella di assicurato attivo parzialmente con mansioni consuete, ma anche nel caso di riduzione della prestazione in caso di revisione. Nella STF 9C\_525/2016 del 15 marzo 2017 il TF ha sottolineato come l'UFAS medesimo nella direttiva n. 355 del 31 ottobre 2016 ha segnalato che il Consiglio federale sta cercando di trovare una soluzione adeguata al problema (sull'argomento cfr. la STCA 32.2017.53 del 13 novembre 2017 e la STCA 32.2016.86 del 15 maggio 2017). Come detto, il 1° gennaio 2018 sono entrati in vigore gli articoli 27 e 27 bis cpv. 2-4 OAI nel loro nuovo tenore (cfr. RU N. 107 del 19 dicembre 2017, pagg. 7581-7582). Al riguardo, dal comunicato stampa del 1° dicembre 2017 dell'UFAS intitolato "Maggiore equità nel calcolo del grado d'invalidità dei lavoratori a tempo parziale", risulta che "(...) il Consiglio federale introduce un nuovo modello di calcolo per determinare il grado d'invalidità dei lavoratori a tempo parziale, che contribuisce a migliorare la conciliabilità tra famiglia e lavoro e soddisfa anche le richieste della Corte europea dei diritti dell'uomo. Nella sua seduta del 1° dicembre 2017, il Consiglio federale ha fissato l'entrata in vigore della relativa modifica d'ordinanza al 1° gennaio 2018. (...)". 2.4. Al fine di determinare il metodo di calcolo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità, si deve anzitutto appurare se la persona esercitava o meno attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità. Occorre in seguito verificare, fondandosi sulla globalità delle circostanze, se, ipoteticamente , in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa. Ad esempio se l'assicurato esercitava o meno un'attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità e se l'assicurato che non esercitava un'attività lucrativa ne avrebbe esercitata una in futuro se non fosse subentrato il danno alla salute. Grande importanza deve essere attribuita all'attività che veniva svolta al momento dell'intervento del danno alla salute invalidante, specie nel caso in cui le altre circostanze non hanno subito modifiche rilevanti sino alla nascita del diritto alla rendita. Da considerare sono tutte le circostanze del caso concreto, segnatamente le condizioni finanziarie, familiari, l'età dell'assicurato, la sua situazione professionale, le affinità e la personalità dell'assicurato. A nessuno di questi elementi va tuttavia attribuita un'importanza decisiva, per esempio nemmeno al mancato raggiungimento del minimo d'esistenza nel caso del mancato esercizio di un'attività lucrativa rispettivamente alla necessità economica di una simile attività (DTF 130 V 393 consid. 3.3; SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195; in argomento cfr. anche la STF 9C\_150/2012 del 30 agosto 2012 consid. 3 e la giurisprudenza ivi citata; vedi inoltre Meyer-Blaser , *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 5, pagg. 54-58 e 61-62 e Blanc , *La procédure administrative en assurance-invalidité*, Fribourg 1999, pag. 190). Questa valutazione deve ugualmente prendere in considerazione la volontà ipotetica dell'assicurato che, in quanto fatto interno, deve essere in regola generale dedotta da indizi esterni (STF 9C\_64/2012 dell'11 luglio 2012 consid. 5.2; STFA I 693/06 del 20 dicembre 2006, consid. 4.1.). Va ancora rilevato che il metodo di calcolo non resta immutato. Ad ogni revisione si deve infatti accertare quale sarebbe stata l'attività

esercitata dall'assicurato se non fosse stato invalido (SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195, 98 V 262; AJP 1994 pag. 784 segg.; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150; Meyer, op. cit., pag. 288; Blanc, op. cit., pag. 190-191). 2.5. Nella fattispecie in esame, l'amministrazione, in applicazione del metodo misto, ha considerato l'assicurata salariata al 60% e casalinga al 40%. Il TCA non ha motivo per scostarsi da tale ripartizione, rimasta, del resto, incontestata in sede ricorsuale. 2.6. Per quanto concerne l'aspetto medico, il medico del SMR dr.ssa \_\_\_\_\_, nel rapporto finale del 13 marzo 2018, ha indicato che l'interessata è stata oggetto per \_\_\_\_\_ (assicurazione collettiva di malattia privata) di valutazione fiduciaria del 19 febbraio 2018, eseguita dal dr. \_\_\_\_\_, spec. FMH in malattie reumatiche, fisioterapia e riabilitazione, le cui conclusioni sono condivise e fatte proprie dal medico dell'amministrazione (doc. 39). Dopo avere indicato quali diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa quelle di "lombalgia cronica, attualmente con sindrome lombovertebrale contenuta in/con esiti da spondilodisi posteriore (in L3/4 con cage intersomatico) tra L3 e L5 con decompressione e foraminotomia di L4 a sinistra (28.04.2017) per lombosciatalgia a sn con anamnesticamente componente claudicante in/con alterazioni degenerative discali e osteoarticolari; allentamento delle viti in L3; parziale consolidamento di entrambi i segmenti; turbe statiche del rachide (scoliosi toracolombare, sinistroconvessa e con arco breve in sede lombare, parzialmente decompensata)", mentre quali diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa quelle di "artrosi intracarpale alla mano sinistra (compartimento navicolare-trapezium-trapezoideum), attualmente oligosintomatica; disturbi statici dei piedi (tendenzialmente piatti con alluce valgo a sin) in presenza di alterazioni degenerative; probabile irritazione meccanica del nervo ulnare al gomito sin con persistenti parestesie nelle dita IV e V (in fase di accertamenti); esiti di frattura e osteosintesi della tibia e del perone sin (circa 2010, AMO avvenuta) senza sequele cliniche; sovrappeso (164 cm/94 kg)", il medico del SMR ha ritenuto l'assicurata totalmente inabile al lavoro a partire dal 26 aprile 2017 nella precedente attività di impiegata di commercio, ma ancora abile al lavoro nella misura del 100% in attività adatte, rispettose delle sue limitazioni funzionali, a partire dal 19 febbraio 2018 (data della valutazione fiduciaria del dr. \_\_\_\_\_) (doc. 39). La dr.ssa \_\_\_\_\_ del SMR ha indicato che il dr. \_\_\_\_\_ ha ritenuto esigibile in misura totale anche un'eventuale ripresa di lavori in ufficio, a condizione però che vengano effettuati degli accorgimenti del posto di lavoro, come lo spostamento elettrico dell'altezza del piano di lavoro, una sedia ergonomica rispettivamente un piccolo appoggio quando lavora in piedi tipo "Stehhilfe" preferibilmente tramite un nuovo coinvolgimento da parte dell'Ufficio AI (doc. 39). In sede di osservazioni contro il progetto di rifiuto di prestazioni, l'allora patrocinatore dell'assicurata ha contestato le risultanze mediche del rapporto del SMR, a suo avviso incomplete e inattendibili non avendo tenuto conto dell'insieme delle patologie che la affliggono, in particolare alle braccia e al polso. Inoltre, l'allora rappresentante dell'interessata ha pure rilevato come l'Ufficio AI non abbia tenuto conto delle conseguenze dell'infortunio subito dall'assicurata in data

## **E. 17**

maggio 2018 al piede, con frattura del cuboide (doc. 60). Preso atto di queste critiche, dopo avere richiamato gli atti relativi all'infortunio del 17 maggio 2018, l'amministrazione ha rilevato che quest'ultimo ha comportato una incapacità lavorativa del 100% dal 17 maggio 2018, con ripresa di una totale capacità lavorativa a partire dal 23 luglio 2018 (doc. 64). Nella decisione impugnata, l'amministrazione ha ribadito il rifiuto di prestazioni, evidenziando che "l'infortunio tutelato dalla \_\_\_\_\_ ha comportato un'inabilità al

lavoro dal 17 maggio 2018 al 22 luglio 2018, del tutto ininfluenza al fine di un'eventuale prestazione AI" (doc. A1). 2.7. 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 bensì il suo contenuto (DTF 125 V 352 consid. 3 e 122 V 160 consid. 1c; 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 (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Per quel che concerne il Servizio di Accertamento Medico (SAM) dell'assicurazione invalidità, l'Alta Corte nella DTF 132 V 376 ha rilevato che se un Centro d'accertamento medico è incaricato di rendere una perizia, devono essere osservati i diritti di partecipazione conferiti dall'art. 44 LPGa (consid. 6 e 7). In merito al valore probatorio delle perizie SAM, sotto il profilo dell'indipendenza, dell'equità del processo e della parità delle armi vedi la DTF 136 V 376. Nella DTF 137 V 210 il TF ha concluso che l'acquisizione delle basi mediche per poter emettere una decisione attraverso perizie effettuate da istituti esterni come i SAM nell'assicurazione invalidità svizzera, come pure il loro utilizzo nelle procedure giudiziarie, è di per sé conforme alla Costituzione e alla Convenzione europea (consid. 2.1-2.3). Contestualmente la nostra Massima Istanza ha inoltre ritenuto necessario adottare dei correttivi tanto a livello amministrativo (assegnazione a caso dei mandati; differenze minime delle tariffe della perizia; miglioramento e uniformizzazione dei criteri di qualità e di controllo e rafforzamento dei diritti di partecipazione; consid. dal 3.2 al 3.3, 3.4.2.6 e 3.4.2.9) quanto a livello dell'autorità giudiziaria (in caso di accertata necessità di ulteriori chiarimenti, il Tribunale cantonale o il Tribunale federale amministrativo devono per principio essi stessi ordinare una perizia medica i cui costi sono posti a carico dell'assicurazione invalidità; consid. 4.4.1.3, 4.4.1.4 e 4.4.2). Se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008). Va infine evidenziato 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 Sozialversicherungs-recht, 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\_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati). Va poi rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile deve adempiere diverse condizioni (Cattaneo, "La

promozione dell'autonomia del disabile: esempi scelti dalle assicurazioni sociali”, in RDAT 2003-II p. 628-629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294). In quest’ultima sentenza l’Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 p. 105 ss), in ambito psichiatrico l’esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell’affezione. Il perito deve anche valutare l’esigibilità della ripresa di un’attività lucrativa da parte dell’assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l’affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d’integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l’impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d’arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all’insieme dei succitati criteri. Inoltre, l’esperto deve esprimersi sull’aspetto psico-sociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull’intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l’assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall’anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l’esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA 32.1999.124 inedita 27 settembre 2001; STFA I 683/03 del 12 marzo 2004 pubblicata in DTF 130 V 352). 2.8. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall’amministrazione prima dell’emissione della decisione impugnata, non ha motivo per scostarsi dal rapporto finale del 13 marzo 2018 della dr.ssa \_\_\_\_\_ del SMR. Tale valutazione è da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali ricordati al considerando 2.7. Il TCA constata, infatti, che il medico del SMR ha tenuto conto di tutte le problematiche lamentate dall’assicurata (ivi compresi i disturbi alle braccia, al polso e al piede citati nel ricorso), ponendo le diagnosi concernenti l’insieme dei disturbi dell’interessata, valutando le sue limitazioni funzionali e le relative ripercussioni sulla capacità lavorativa al termine di un’analisi approfondita di tutti i referti medici dei curanti, nonché della valutazione fiduciaria eseguita per conto dell’assicuratore malattia dal reumatologo dr. \_\_\_\_\_. Questo Tribunale ritiene tale modo di procedere corretto e non ha motivo alcuno per rimettere in discussione l’operato del medico del SMR, conforme agli articoli 59bis cpv. 2 LAI in relazione con l’art. 49 cpv. 1 OAI (cfr. STF 9C\_404/2018 del 22 agosto 2018; DTF 142 V 58 consid. 5.1; 135 V 465 consid. 4.4.). Giova qui infatti ricordare che per l’art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell’assicurato - determinante per l’AI secondo l’articolo 6 LPGa - di esercitare un’attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del disposto come pure dell’art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l’UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e

cosa invece no ( vedi DTF 136 V 376 consid. 4.1; sentenze 9C\_1001/2012 del 29 maggio 2013 ; 9C\_524/2010 del 27 ottobre 2010; 9C\_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C\_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti).

L'assicurata, del resto, ha contestato in maniera generica la valutazione della dr.ssa \_\_\_\_\_ (e del dr. \_\_\_\_\_), ritenendo invalidanti le diagnosi poste invece come senza influsso sulla capacità lavorativa nel rapporto finale del SMR, senza tuttavia produrre documentazione medico-specialistica atta, per un verso, a perlomeno sollevare dubbi circa la fedefacenza del referto peritale allestito dal dr. \_\_\_\_\_ rispettivamente del rapporto finale allestito dal medico del SMR (dr.ssa \_\_\_\_\_), e, per altro verso, a indurre questo Tribunale a disporre ulteriori accertamenti medici specialistici. Diversamente da quanto valutato dall'Alta Corte nella STF 8C\_839/2016 del 12 aprile 2017, pubblicata in SVR 1/2018 IV nr. 4 - nella quale il TF ha reputato che il rapporto del SMR non potesse essere considerato esaustivo, non essendosi espresso su tutti gli aspetti rilevanti per la decisione - il TCA non vede nel caso concreto alcun motivo che possa impedire di fondare il proprio giudizio sulle risultanze mediche del SMR, la cui affidabilità e concludenza non è stata oggettivamente messa in dubbio da refertazioni specialistiche in grado di rimetterle in discussione (cfr. STF 9C\_404/2018 del 22 agosto 2018). Al contrario, l'assicurata si è limitata nel proprio atto ricorsuale a chiedere che venga ordinata una perizia medica pluridisciplinare, senza giustificare tale domanda con il supporto di opportuna documentazione medica. Va qui ricordato che, 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 più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. Kőlz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, pag. 47 n. 63, Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° 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). Questo Tribunale rileva, inoltre, a proposito della frattura del cuboide fatta valere dall'assicurata, a seguito di un infortunio regolarmente preso a carico dall'assicuratore infortuni, che la stessa è stata vagliata dall'amministrazione e giudicata ininfluenza al fine di un'eventuale prestazione AI, avendo comportato un'inabilità lavorativa unicamente dal 17 maggio 2018 al 22 luglio 2018 (cfr. doc. A1). Pertanto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti medici. Alla luce di tutto quanto sopra esposto questo Tribunale deve concludere che quanto accertato dal medico del SMR in merito alla capacità lavorativa dell'assicurata va tutelato. 2.9. Confermata la ripartizione 60% per l'attività salariata e 40% per l'attività di casalinga (consid. 2.5.) e stabilite dal profilo medico le incapacità lavorative dell'insorgente, nella professione abituale e in attività adatte (consid. 2.6.), va ora esaminato se l'interessata ha diritto ad una rendita. Il 1° gennaio 2018 è entrata in vigore una modifica degli art. 27 OAI e 27bis OAI (cfr. consid. 2.2). Ai sensi del nuovo art. 27 cpv. 1 OAI per mansioni consuete secondo l'articolo 7 capoverso 2 LAI di assicurati occupati nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici nonché la cura e l'assistenza di familiari. Per l'art. 27 cpv. 2 OAI per mansioni consuete secondo l'articolo 7 capoverso 2 LAI di membri di comunità religiosi s'intende ogni attività svolta nella comunità. Secondo l'art. 27bis cpv. 2 OAI in vigore dal 1° gennaio 2018 per determinare il

grado d'invalidità di assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale e che svolgono anche mansioni consuete secondo l'articolo 7 capoverso 2 LAI, vengono sommati i seguenti gradi d'invalidità: il grado d'invalidità nell'ambito dell'attività lucrativa (lett. a), il grado d'invalidità nell'ambito delle mansioni consuete (lett. b). L'art. 27bis cpv. 3 OAI prevede che il calcolo del grado d'invalidità lucrativa è disciplinato dall'articolo 16 LPGa, secondo le modalità seguenti: il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività lucrativa a tempo parziale se non fosse divenuto invalido è calcolato sulla base della stessa attività lucrativa esercitata a tempo pieno (lett. a); la perdita di guadagno percentuale è ponderata in funzione del grado d'occupazione che l'assicurato avrebbe se non fosse divenuto invalido (lett. b). Per l'art. 27bis cpv. 4 OAI per il calcolo del grado d'invalidità nell'ambito delle mansioni consuete viene determinata la quota percentuale che le limitazioni dell'assicurato rappresentano nello svolgimento delle mansioni consuete rispetto alla sua situazione se non fosse divenuto invalido. Questa quota viene ponderata in funzione della differenza tra il grado d'occupazione di cui al capoverso 3 lettera b e un'attività lucrativa esercitata a tempo pieno. La disposizione transitoria relativa alla modifica del 1° dicembre 2017 prevede al cpv. 1 che i tre quarti di rendita, le mezze rendite e i quarti di rendita correnti al momento dell'entrata in vigore della modifica del 1° dicembre 2017, concessi in applicazione del metodo misto, sono sottoposti a revisione entro un anno dall'entrata in vigore della presente modifica. L'eventuale aumento della rendita è concesso a contare dal momento dell'entrata in vigore della presente modifica. Per il cpv. 2 nei casi di assicurati che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale e che svolgono anche mansioni consuete secondo l'art. 7 cpv. 2 LAI a cui è stata rifiutata una rendita prima dell'entrata in vigore della modifica del 1° dicembre 2017 perché il grado d'invalidità era insufficiente, viene esaminata una nuova richiesta, se il calcolo del grado d'invalidità secondo l'art. 27bis cpv. 2-4 determinerebbe presumibilmente il diritto a una rendita. Va qui rammentato che da un punto di vista temporale, sono di principio determinanti le norme sostanziali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (sentenza del 22 luglio 2005, K 114/03, consid. 3; DTF 130 V 160 consid. 5.1; DTF 129 V 4 consid. 1.2, DTF 127 V 467 consid. 1, DTF 126 V 166 consid. 4b). Per contro, per quanto attiene alle disposizioni formali, l'Alta Corte ha già avuto modo di stabilire che, in assenza di una normativa specifica che regola la questione intertemporale, va applicato il principio generale secondo il quale, di regola, siffatte disposizioni entrano immediatamente in vigore (sentenza del 22 luglio 2005, K 114/03; DTF 130 V 4 consid. 3.2). Inoltre con lettera circolare AI n. 372 l'UFAS ha rammentato che “ per tutte le prime richieste di prestazioni pendenti inoltrate prima del 1° luglio 2017, il diritto alla rendita fino al 31 dicembre 2017 verrà valutato in base al vecchio modello di calcolo e poi rivalutato in base al nuovo modello di calcolo con effetto dal 1° gennaio 2018 .” In concreto la richiesta di prestazioni è del 22 ottobre 2017. Occorre pertanto applicare le nuove norme in vigore dal 1° gennaio 2018, come correttamente ritenuto dall'UAI. 2.10. Grado d'invalidità per la parte lucrativa Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), occorre stabilire quanto la stessa, nel momento determinante (corrispondente all'inizio dell'eventuale diritto alla rendita, qui il 2018), guadagnerebbe, secondo il grado di verosimiglianza preponderante, quale persona sana (DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimento). Tale reddito dev'essere determinato il più concretamente possibile. Di regola ci si fonderà sull'ultimo reddito che la persona assicurata ha conseguito prima del danno alla salute, se del caso adeguato al rincaro e all'evoluzione

reale dei salari (cfr. ancora DTF 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224), o comunque sul salario che potrebbe essere conseguito in un posto di lavoro identico nella stessa azienda o in un'azienda simile. Nel caso in cui non fosse possibile quantificare in maniera attendibile il reddito ipotetico che l'assicurato avrebbe potuto conseguire senza l'invalidità, si farà riferimento a valori empirici o statistici (VSI 1999 pag. 248 consid. 3b). Per il resto, occorre tenere conto del principio secondo cui - in assenza di indizi concreti che impongano una diversa valutazione - la persona assicurata avrebbe di regola, e conformemente all'esperienza generale, continuato l'attività precedentemente svolta senza invalidità (RAMI 2000 no. U 400 pag. 381 consid. 2a). In tale contesto la normale evoluzione professionale va senz'altro considerata. Tuttavia gli indizi che l'assicurato avrebbe intrapreso una carriera e percepito un salario più elevato devono essere concreti (DTF 96 V 29 pag. 30; RAMI 1993 no. U 168 pag. 100 consid. 3b). La mera dichiarazione d'intenti non è pertanto sufficiente; necessario è infatti che tale intenzione sia suffragata da passi concreti, quale ad esempio la partecipazione a corsi ecc. (VSI 2002 pag. 161 consid. 3b [I 357/01] e dottrina citata). Un salario di punta può essere ammesso solo se vi sono circostanze particolari che lo giustificano (RCC 1980 pag. 560 pag. 560 con riferimenti). I salari medi pagati nel settore hanno in ogni caso la precedenza sui salari fissati in base a contratti collettivi di lavoro (RCC 1986 pag. 434 consid. 3b). Siccome di norma una simile valutazione professionale parte dal presupposto che, senza il danno alla salute, l'assicurato avrebbe continuato ad esercitare la precedente attività lucrativa, devono essere considerati eventuali adeguamenti ed aumenti salariali (RAMI 1993 Nr. U 168 pag. 100s. consid. 3b, ZAK 1990 pag. 519 consid. 3c). L'amministrazione ha calcolato il reddito da valido dell'interessata basandosi sul salario indicato dal precedente datore di lavoro, pari, per un'attività lavorativa al 60%, a fr. 54'600 (cfr. doc. 16), che al 100% (alla luce delle nuove norme in vigore dal 2018, cfr. consid. 2.8.) danno un importo di fr. 91'000. Questi dati – peraltro rimasti incontestati – possono essere fatti propri da questo Tribunale. 2.11. Per quel che concerne il reddito da invalido, lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). Come appena visto, l'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA del 5 settembre 2006 nella causa P., I 222/04). Pertanto, utilizzando i dati salariali risultanti dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari 2016, edita dall'Ufficio federale di statistica, più precisamente dalla tabella TA1 2016\_tirage\_skill\_level - Rami economici (NOGA08) (denominata Salario mensile lordo [valore centrale] secondo il ramo economico, il livello di competenze e il sesso – Settore privato; DTF 142 V 178), il salario lordo mediamente percepito in quell'anno dalle donne per un'attività semplice di tipo fisico o manuale (ossia il livello 1 di competenze; STF

9C\_632/2015 ) per 40 ore settimanali corrisponde ad un importo di fr. 52'356.- (fr. 4 '363 .- x 12 mesi). Riportando tale dato su 41.7 ore di durata media lavorativa settimanale, il dato statistico corrisponde a fr. 54'581.10 per un impiego a tempo pieno. Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può, senza valido motivo, sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). In concreto, l'Ufficio AI ha proceduto ad una riduzione del 15% per attività leggere e per svantaggi salariali derivanti da contingenze particolari (doc. A1). L'allora patrocinatore dell'assicurata, con il ricorso, ha criticato l'entità di tale riduzione percentuale, chiedendo che venga innalzata al 20% (cfr. doc. I). Questo Tribunale, che, di massima, non può senza motivi pertinenti sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione (cfr. DTF 137 V 71, consid. 5.2) non ha alcun motivo per modificare la riduzione applicata dall'UAI. In particolare il TCA, ritiene che, mediante la riduzione in questione, l'Istituto convenuto abbia tenuto debitamente conto degli effetti legati al danno alla salute di cui è affetta l'assicurata. In particolare, va sottolineato che i motivi adottati dal legale - l'età (58 anni) e la grave incapacità lavorativa - non sono tali da giustificare una riduzione percentuale maggiore rispetto a quella applicata dall'amministrazione. Il Tribunale federale ha più volte negato la rilevanza del fattore "età" in relazione a lavoratori ausiliari, siccome essi "... auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden und sich das Alter bei Männer-Hilfsarbeitertätigkeiten im Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) ab dem 40. Altersjahr bis zum Lebensalter 63/65 sogar lohnerhöhend auswirkt (LSE 2002 Tabelle TA9 S. 55, LSE 2004 Tabelle TA9 S. 65; vgl. auch AHI 1999 S. 237 E. 4c; Urteile U 11/07 vom 27. Februar 2008, E. 8.3, und 8C\_223/2007 vom 2. November 2007, E. 6.2.2)" (STF 8C\_319/2007 del 6 maggio 2008 consid. 8.3; in questo senso, si vedano pure la STF 8C\_712/2012 del 30 novembre 2012 consid. 4.2.3, la STF 8C\_361/2011 del 20 luglio 2011, la STF 8C\_373/2008 del 28 agosto 2008 consid. 5.2.2.2 e la STF 8C\_292/2009 del 10 giugno 2009 consid. 5.2.1). Quanto al fatto che l'assicurata possa svolgere solo attività leggere, il TCA constata che tale circostanza è già stata debitamente considerata nella determinazione della deduzione percentuale applicata dall'amministrazione. Ne segue che raffrontando il reddito da valida al 100% di fr. 91'000 con quello da invalida di fr. 54'581.10, ridotto del 15% (fattori di riduzione) a fr. 46'393.95, si ottiene un grado d'invalidità del 49.02%. 2.12. Per quanto concerne l'attività di casalinga, va rammentato che l'invalidità delle persone che si occupano (esclusivamente o parzialmente) dell'economia domestica, è stabilita confrontando le singole attività ancora accessibili al richiedente la rendita AI con i lavori che può eseguire una persona sana. Nel caso di specie, l'amministrazione ha stabilito che l'assicurata non presenta limitazione alcuna in ambito domestico a partire dal mese di giugno 2017, conformemente a quanto indicato nel rapporto finale del SMR (doc. A1). Il TCA non ha motivo per scostarsi da tale

valutazione, la quale, del resto, è stata solo genericamente contestata in sede ricorsuale dall'allora patrocinatore dell'interessata, senza tuttavia produrre documentazione medica a sostegno delle proprie critiche. Non può quindi essere condivisa la richiesta volta ad ottenere ulteriori accertamenti in ambito domestico (cfr. STF 9C\_266/2019 del 27 maggio 2019). 2.13. In queste condizioni, il grado d'invalidità globale è del 29.41% ( $0.60 \times 49.02\% + 0.40 \times 0\%$ ) arrotondato al 29%. Il ricorso va quindi respinto e la decisione impugnata confermata. 2.14. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al Tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.--andrebbero poste a carico dell'assicurata, la quale ha chiesto di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria da intendersi, dopo la rinuncia al mandato da parte del precedente patrocinatore (cfr. consid. 1.5), unicamente quale esonero dal pagamento delle spese di giustizia. Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGa nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. L'art. 28 cpv. 2 Lptca stabilisce che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011. 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). Il diritto all'assistenza giudiziaria comprende da un lato la liberazione dal pagamento delle tasse di giustizia e delle spese, dall'altro - nella misura in cui necessario - il diritto al gratuito patrocinio (DTF 121 I 60 consid. 2a con riferimenti; cfr. art. 29 cpv. 3 Cost. fed., art. 13 della Legge sul patrocinio d'ufficio e sull'assistenza giudiziaria del 3 giugno 2002 (Lag); Müller, Grundrechte in der Schweiz, 1999, p. 544). Nel caso concreto questo Tribunale constata che nonostante in data 26 ottobre 2018 l'allora patrocinatore dell'assicurata avesse comunicato che "a giorni la mia cliente dovrebbe ricevere dal Comune i documenti per l'AG vidimati" (doc. XI) e malgrado una esplicita richiesta rivolta direttamente dal TCA con scritto raccomandato del 30 luglio 2019 - ritirato in data 31 luglio 2019 (cfr. consid. 1.6.) - con la quale è stata sollecitata ad inviare entro 5 giorni il certificato municipale per l'ammissione all'assistenza giudiziaria, ricordando che "in difetto del quale il Tribunale si pronuncerà nel merito sulla base degli atti in suo possesso" (cfr. doc. XIV), ad oggi l'insorgente non ha prodotto alcunché, di modo che non è possibile stabilire la sua attuale situazione finanziaria. In queste condizioni la domanda di assistenza giudiziaria limitatamente all'esonero dal pagamento delle spese di giustizia deve essere respinta.

#### **E. 47**

n. 63, Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2° 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).

Pertanto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti

medici.

Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b).

Riportando tale dato su 41.7 ore di durata media lavorativa settimanale, il dato statistico corrisponde a fr. 54'581.10 per un impiego a tempo pieno.

L'Alta Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può, senza valido motivo, sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.--andrebbero poste a carico dell'assicurata, la quale ha chiesto di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria da intendersi, dopo la rinuncia al mandato da parte del precedente patrocinatore (cfr. consid. 1.5), unicamente quale esonero dal pagamento delle spese di giustizia.

In queste condizioni la domanda di assistenza giudiziaria limitatamente all'esonero dal pagamento delle spese di giustizia deve essere respinta.

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