

TI_GERICHTE 32.2006.161 vom 9. Juli 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-07-09, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2006.161

FR: TI_GERICHTE 32.2006.161 du 9 juillet 2007

IT: TI_GERICHTE 32.2006.161 del 9 luglio 2007

Regeste

Fibromialgia ed affezione psichica. Perizia ordinata dall'UAI che propone il rifiuto della rendita. Rapporto affidabile nonostante le contestazioni di metodo del medico curante.

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 09.07.2007 32.2006.161 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 09.07.2007 32.2006.161 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 09.07.2007 32.2006.161

Fibromialgia ed affezione psichica. Perizia ordinata dall'UAI che propone il rifiuto della rendita. Rapporto affidabile nonostante le contestazioni di metodo del medico curante.

Raccomandata Incarto n. 32.2006.161 ir / td Lugano 9 luglio 2007 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il giudice delegato del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Ivano Ranzanici statuendo sul ricorso del 23 ottobre 2006 di RI 1 rappr. da: RA 1 contro la decisione su opposizione del 26 settembre 2006 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona 1 Caselle in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto, in fatto A. RI 1, 1958, ha esercitato da ultimo attività di addetta alle pulizie presso la _____ di _____, dal 3 aprile 2001 al 30 novembre 2003 quando è stata licenziata. In precedenza aveva prestato il suo servizio in medesimo ambito per il ristorante _____ e, poi, presso le Scuole _____ di _____. Il 20 marzo 2004 l'assicurata, coniugata e madre di 6 figli adulti, ha richiesto prestazioni AI indicando in una fibromialgia, dolori generalizzati, ansia e depressione, i danni alla propria salute che le impedirebbero il conseguimento di un reddito. Già assente dal lavoro dal 10 giugno 2003 e beneficiaria di indennità per perdita di guadagno versate dall'assicuratore del datore di lavoro (_____), RI 1 ha contestato sino a questo Tribunale Cantonale delle Assicurazioni, mediante petizione, la cessazione da parte di _____ di versarle indennità giornaliere dal 1° febbraio 2004, e ciò contrariamente all'opinione del curante Dr. _____. Da evidenziare subito che la petizione è stata respinta con sentenza 36.2005.89 dal 20 febbraio 2006 di questo Tribunale su cui si tornerà in corso di motivazione. B. L'assicurata è stata sottoposta ad accertamenti medici per ordine dell'UAI. La procedura ha premesso di acquisire un certificato medico della psichiatra curante dott. _____ secondo cui la ricorrente presenta dolori cronici ed un malessere soggettivo oltre a depressione reattiva con difficoltà di adattamento in uno con fattori stressanti (doc. 6-4). La curante ha considerato giustificata un'inabilità lavorativa piena. Come rammenta la sentenza 20 febbraio 2006 di questo Tribunale il 24 agosto 2006 la Dr. med. _____ ha ribadito l'inabilità completa al lavoro come pure ha fatto il medico fiduciario della Cassa malati assicuratrice le indennità per perdita di guadagno, Dr. med. _____, che in data 11 novembre 2004 ha attestato una totale inabilità al lavoro della paziente. Nel mese di novembre 2004 AT 1 è stata sottoposta ad una perizia pluridisciplinare ad opera del SAM,

che ha concluso per un'inabilità lavorativa del 30%, sia nella sua precedente attività che in attività più confacenti al suo stato di salute (doc. 12). Il 14 dicembre 2004 infatti il Servizio Accertamento Medico ha ritenuto un grado di capacità lavorativa medico teorica nell'attività di ausiliaria per pulizia del 70% con conseguente diminuita capacità lavorativa del 30% (Doc. AI 21-10 e 21-11). Per gli esperti l'assicurata "potrà essere in grado di svolgere altre attività ... in lavori fisicamente leggeri, che non richiedano sforzi eccessivi per la colonna vertebrale (sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 10 kg, movimenti ripetuti di flessione ed estensione del tronco, lavori prolungati in posizioni inergonomiche) sempre però con un grado di capacità nella misura massima del 70% ... la sintomatologia algica che invade" RI 1 "incide anche sul vissuto psicologico e ... influenza ogni attività lavorativa che le venga proposta" . L'UAI ha quindi incaricato le assistenti sociali dell'AI di esperire un'inchiesta a domicilio sotto il profilo dell'art. 5 LAI per verificare l'impedimento ad adempiere le mansioni consuete (casalinga). Dal canto suo, con rapporto finale 2 novembre 2005, il consulente in integrazione professionale ha indicato come la ricorrente, visto il suo iter scolastico e socio-professionale ed alla luce dell'attitudine "rinunciataria", non ha ravvisato i presupposti per l'applicazione di provvedimenti professionali volti ad una qualifica di base (doc. 33 AI) ed ha concluso per un grado di invalidità nella precedente attività del 22.32% ed in attività adeguate del 16.71%. Il 29 novembre 2005 la dott. _____, curante, ha ribadito la sua valutazione di incapacità lavorativa totale (doc. 38 AI). Dal canto suo l'assistente sociale _____ ha reso il suo rapporto il 7 dicembre 2005 (doc. 39 AI). C. Con progetto di decisione 28 luglio 2006 l'UAI ha indicato all'assicurata l'impossibilità di concedere una rendita. L'avv. RA 1, patrocinatore di RI 1, con annotazioni 4 settembre 2006, ha chiesto invece un'inabilità reumatologica del 30% e psichica del 30% da cumulare e la concessione $\frac{3}{4}$ di rendita. Con decisione del 26 settembre 2006 l'UAI ha ribadito il suo progetto ritenendo un grado di inabilità da salariata fissato al 15% e quale casalinga del 4% considerando un reddito da salariata (al 90%) nel 2004 fissato in CHF 31'968.-- ed un salario ipotetico da invalida lavorando al 70% nel 2004, secondo quanto previsto dalle statistiche teoriche RSS, categoria 4, mediana, con una riduzione salariale supplementare del 10% per attività leggera e per i limiti concernenti l'ergonomia, cifrato in CHF 26'627.--. D. Con ricorso 23 ottobre 2006 RI 1, sempre con il patrocinio dell'avv. RA 1, contesta il provvedimento, richiama i rapporti della dott. _____ e del dott. _____ (incaricato da _____) e contesta la valutazione dello psichiatra incaricato dall'amministrazione dott. _____ il cui contatto con la ricorrente sarebbe stato breve e l'anamnesi acquisita tramite gli atti. Il rapporto di questo specialista non approfondirebbe in maniera adeguata la depressione e l'aspetto farmacologico ed è contraddetto dalle valutazioni 29 novembre 2005 della curante. Per RI 1 il dott. _____ non avrebbe operato adeguata valutazione testistica e neuro psicologica che avrebbe permesso di "evidenziare una difficoltà di concentrazione e di attenzione imputabile al quadro ansioso depressivo" . Per la ricorrente l'amministrazione dovrebbe procedere al cumulo delle incapacità reumatologica e psichica. Dal canto suo l'UAI è confermata nella sua decisione con motivi che, laddove necessario, saranno ripresi in corso di motivazione. in diritto 1. Il ricorso, tempestivo siccome inoltrato nei 30 giorni dall'intimazione della decisione, è ricevibile siccome sufficientemente motivato e le conclusioni appaiono chiaramente espresse. 2. La vertenza - anche alla luce dell'esame operato dal TCA nella sentenza 20 febbraio 2006 (36.2005.89) conseguente a petizione di RI 1 - non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque

decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi dell' art. 49 cpv. 2 della Legge organica giudiziaria (STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00). nel merito 3. Oggetto della contestazione da parte della ricorrente è la valutazione della capacità lavorativa medico teorica operata dall'UAI a fronte delle patologie della ricorrente ed il conseguente diritto, o meno, della stessa ad una rendita. 4. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss). Secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore sino al 31 dicembre 2003, gli assicurati hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 66 2/3 %, a una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Nel suo nuovo tenore in vigore dal 1° gennaio 2004, l'art. 28 cpv. 1 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito ch'egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992 p. 182, 1990 p. 543; Valterio, Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations, 1985, pp. 200ss.). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; STFA del 14 luglio 2006 nella causa A. [U 156/05], consid. 5; Scartazzini, op. cit, p. 232). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende d'altra parte dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74; DTF 114 V 313). 5. Come anticipato RI 1 è stata oggetto di una perizia multidisciplinare del SAM, ed oggetto di valutazione dell'assistente sociale _____ . L'incarto UAI, comprensivo delle perizie, era già in possesso del TCA per il

giudizio 20 febbraio 2006 cui si è accennato. Per ragioni di semplicità ed opportunità val qui la pena di riprendere taluni passaggi di quella sentenza: " Precedentemente all'inoltro della petizione, l'attrice è stata sottoposta ad approfondite indagini di natura medica. Il 26 settembre 2003 il Dr. med. _____, FMH medicina interna, ha indicato di aver visitato l'attrice, in seguito alla richiesta della convenuta, a causa di una fibromialgia. Egli ha affermato che: " _____ (...) I vari colleghi che l'hanno visitata (Dr. _____, Dr. _____, Dr. _____ clinica _____) evidenziano sempre la stessa problematica caratterizzata da dolori cronici di tipo fibromialgia con sindrome lombovertebrale cronica su turbe statiche e degenerative del rachide lombare e toracale. La paziente si presenta con una faccia molto sofferente, cammina con difficoltà zoppicando vistosamente la gamba destra, lamenta dolori diffusi dal cinto scapolare alla regione cervicale, alla regione lombare e alle gambe. Dice di assolutamente non poter immaginare per il momento una ripresa dell'attività lavorativa dicendosi però ben disposta a riprendere il lavoro qualora i sintomi dovessero scomparire. Siamo sicuramente in una situazione molto seria dal punto di vista assicurativo, come sapete la fibromialgia non è di per sé una malattia grave che limita la durata di vita ma non vi sono per il momento terapie risolutive. Ho quindi l'impressione che purtroppo stiamo andando verso un'inabilità di lunga durata in questa paziente con 6 figli e il cui marito è pure già invalido al 100%. Per il momento accorderei ancora un mese di inabilità lavorativa e poi consiglio il medico curante che mi legge in copia di tentare una ripresa del lavoro dapprima al 50% e poi al 100%. In conclusione inabilità al 100% fino al 19.10.03, 50% dal 20.10.03." (doc. 5) Il 12 dicembre 2003 il Dr. med. _____, psichiatria e psicoterapia FMH, visitata la paziente, ha concluso che: "(...) Siamo di fronte ad una 45enne che anamnesticamente non ha mai avuto disturbi psichici ed apparentemente negli ultimi mesi, in seguito a vari problemi ed una serie di dolori cronici non ha potuto continuare a svolgere la sua attività lavorativa presso la _____ di _____. Da quel che ho potuto percepire, l'assicurata ha avuto anche problemi interni sul posto di lavoro e negli ultimi mesi ha avuto delle grosse difficoltà comunicative, ragion per la quale probabilmente insieme ad altri fattori essa non ha più potuto riprendere l'attività lavorativa e veniva fissata praticamente un'inabilità lavorativa nella misura del 50% dal 20.10.2003. L'assicurata in data 20 ottobre scorso si presenta sul posto di lavoro ma a quanto pare ha avuto diverse difficoltà e non ha potuto svolgere la sua attività lavorativa, ragion per la quale ha ricevuto il licenziamento per il 23.11.2003. L'assicurata da qualche mese presenta un malessere soggettivo ed un disturbo emozionale sottoforma di una depressione reattiva che ha compromesso il funzionamento e le sue prestazioni sociali, accompagnate da certe difficoltà di adattamento. Altri fattori stressanti tipo socio-famigliari hanno sicuramente avuto un'influenza negativa nel persistere dei suoi sintomi e le manifestazioni variabili che includono un umore depressivo, ansia, preoccupazioni ed una diminuita stima di sé ed un'incapacità ad affrontare la situazione e vari altri disturbi che praticamente si presentano anche sottoforma di somatizzazioni varie. Per quel che riguarda la sua diagnosi puramente psichiatrica si tratta di una sindrome da disadattamento con reazione mista ansiosa-depressiva (ICD-10 F43.22) ed una prognosi a breve-medio termine poco favorevole ma a lungo termine positiva. E' giustificata la sua inabilità lavorativa attuale nella misura completa. Essa mi riferisce che partecipa al gruppo condotto dal Dr. _____ per pazienti fibromialgici ed assume inoltre una serie di farmaci antinfiammatori ed analgesici che sicuramente l'aiutano a sopportare i suoi dolori fisici e sicuramente è importante la sua continuazione della terapia antidepressiva, eventualmente associare un secondo antidepressivo accompagnato da una terapia ansiolitica

in modo che essa possa reagire in maniera ancora più decisa per recuperare la sua capacità lavorativa. Visti i vari problemi sul posto di lavoro ed il licenziamento che essa ha ricevuto, propongo ancora un periodo d'inabilità lavorativa di circa 2 mesi ma, salvo eccezioni essa dovrebbe riprendere la sua abilità lavorativa nella misura completa dal prossimo 1° febbraio 2004 in modo che possa organizzarsi e trovare assieme all'ufficio di collocamento un'altra attività confacente ed adatta alla sua situazione." (doc. 6) Il 16 aprile 2004 la Dr. med.

_____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha affermato: "

Anamnesticamente dal punto di vista psichiatrico la paziente non ha mai avuto disturbi psichici. Lo stato ansioso-depressivo attualmente grave si è sviluppato in seguito ai dolori cronici, alla limitazione importante delle proprie attività non solo in ambito professionale ma anche in ambito domestico con incapacità a svolgere i lavori pesanti e attualmente a svolgere qualunque tipo di attività come casalinga a causa della sindrome apatico-abulica-astenico-anedonica oltre che alla sintomatologia dolorosa. La paziente era stata dichiarata inabile al 100% dal 23.06.2003, in data 20 ottobre 2003 la paziente aveva tentato una ripresa lavorativa al 50% come concordato, ma dopo essersi presentata sul posto di lavoro, non è riuscita a svolgere alcuna attività lavorativa, motivo per cui si è rivolta al proprio medico curante riprendendo un'inabilità lavorativa al 100%. Al momento della prima consultazione il 13.03.2003 l'assicurata si presentava lucida, orientata nei tre domini. Poco curata nella persona e nel proprio abbigliamento. Non presentava disturbi cognitivi, in particolare il linguaggio era fluente, esente da turbe di tipo afasico; la memoria verbale a breve, medio e lungo termine era conservata; non presentava disturbi delle capacità logiche e di giudizio; non presentava disturbi né delle prassie né delle gnosie. Presentava unicamente un disturbo della concentrazione e dell'attenzione imputabili al quadro depressivo. Il corso del pensiero era normale, senza ideazioni deliranti, idee fisse o prevalenti. La percezione era pronta e libera da errore; la paziente negava allucinazioni visive e uditive. Il tono dell'umore era fortemente deflesso senza idee suicidali attive o passive; il discorso era prevalentemente orientato su temi di incapacità, inadeguatezza, rovina, fallimento e sensi di colpa. Durante tutto il colloquio si notava un'importante labilità emotiva con disforia e tensione endopsichica importante. Si notava inoltre uno stato d'ansia accompagnato da un comportamento di tipo discontinuo e un'ideazione povera e ripetitiva. La paziente era a beneficio di una terapia con Dafalgan e Voltaren in riserva; continuava un ciclo di fisioterapia senza apparenti benefici soggettivi. A causa dello stato ansioso-depressivo grave ho prescritto alla paziente Saroten 25 mg cp 1-1-2; Valium 2 mg cp 1-1-1; Somnium cp 1 alla notte. Ho rivisto la paziente in data 27.03.2004 senza importanti variazioni del quadro ansioso-depressivo. In particolare la paziente riferiva ancora un'importante sindrome depressiva con apatia, abulia, astenia, anedonia, insonnia e ansia continua durante tutta la giornata. La paziente esternava la sua sofferenza soggettiva a causa dei dolori fisici particolarmente insopportabili e un'insonnia intermedia e tardiva, imputabile alla sintomatologia dolorosa non controllata. Ritengo che la paziente dal punto di vista psichiatrico sia da considerarsi inabile al lavoro al 100%. È difficile fare previsioni future sul miglioramento o meno della sintomatologia psichiatrica attuale sicuramente reattiva alla problematica dolorosa cronica. Vi è un notevole rischio di invalidità. Ritengo che la vostra posizione debba essere rivalutata, riconvocando la paziente che, a quanto riferitomi dal medico curante Dr. _____, anche nel mese di gennaio e febbraio presentava un quadro simile." (Doc. N) Il 1° giugno 2004 il dr. med. _____, specialista in malattie reumatiche FMH, dopo aver visitato la paziente in data 28 maggio 2004, ha affermato che "la valutazione obbliga a una differenziazione fra capacità

lavorativa teorica dal punto di vista prettamente reumatologico e capacità lavorativa praticamente realizzabile dal punto di vista globale. Considerando gli aspetti prettamente reumatologici, la fibromialgica giustifica un'incapacità lavorativa teorica massima, nella situazione che ci occupa, del 30%. Gli aspetti extrareumatologici di cui sopra rendono illusoria la ripresa di una qualsiasi attività lavorativa. Tali aspetti sono pertanto di pertinenza extrareumatologica e da valutare in ambito sociopsichiatrico." (doc. 9) Il 24 agosto 2004 la Dr.ssa _____ ha affermato che: "

Confermo che lo stato ansioso-depressivo attualmente è ancora grave, caratterizzato da una sindrome apatico, abulica, astenia, anedonica. La paziente presenta inoltre difficoltà di concentrazione e di attenzione imputabili al quadro ansioso-depressivo. Tale quadro ansioso-depressivo si è sviluppato in seguito ai dolori cronici e alla limitazione funzionale delle proprie attività non solo in ambito professionale ma anche in ambito domestico con incapacità a svolgere lavori pesanti e le attività di casalinga. Durante questi mesi, non ho assistito ad alcuna modificazione del quadro psicopatologico complessivo nonostante la terapia con Saroten 25mg cp 1-1-2-0; Valium 2mg cp 1 X 3; somnium cp 1 la notte. La paziente continua ad esternare la sua sofferenza soggettiva per i dolori fisici, secondo la stessa particolarmente insopportabili; la sintomatologia ansiosa è meglio controllata, tuttavia permane un'insonnia intermedia-tardiva imputabile alla sintomatologia dolorosa. Dal punto di vista psichiatrico, la paziente è lucida, orientata nei tre domini, la mimica e la gestica esprimono ansietà e depressione. E' poco curata nella persona e nel proprio abbigliamento. Il linguaggio è fluente, esente da turbe di tipo afasico; la memoria verbale a breve, medio e lungo termine è conservata; non presenta disturbi né delle prassie né delle gnosie; non presenta disturbi delle capacità logiche e di giudizio. Continua a presentare un disturbo della concentrazione e dell'attenzione imputabile al quadro depressivo. Il corso del pensiero è normale senza ideazioni deliranti né idee fisse o prevalenti. La percezione è pronta e libera da errore; la paziente nega allucinazioni visive e uditive. Il tono dell'umore è deflesso senza idee suicidali attive o passive, il discorso è prevalentemente incentrato su sentimenti di incapacità, di inadeguatezza, sulla convinzione dell'ineluttabilità della sua malattia, su sentimenti di rovina. Dal punto di vista della capacità lavorativa, ritengo la paziente sempre inabile al 100% a causa della sindrome ansioso-depressiva grave tuttora presente." (doc. V) Il dr. med. _____, il 19 novembre 2004 ha scritto al dr. med. _____, affermando: "

_____ in data 11.11.2004 ho rivalutato la paziente a margine per la seconda volta. Non rinvengo sulla sua anamnesi che a Lei è ben nota, infatti in seguito al mio colloquio di dicembre scorso la paziente aveva presentato un'evoluzione piuttosto negativa e nel marzo 2004 viene seguita dal punto di vista psichiatrico dalla Dr.ssa _____ di _____ a causa della persistenza dei suoi sintomi sotto forma di una sindrome da disadattamento. Il Dr. _____, medico curante ed il Dr. _____, reumatologo che la seguono assieme alla Dr.ssa _____, hanno constatato l'evoluzione piuttosto negativa psico-fisica dell'assicurata e hanno certificato la sua inabilità lavorativa visto che malgrado gli sforzi da parte dei Colleghi essa non è riuscita a migliorare la sua situazione che era già precaria e che aveva bisogno di stimoli costanti ed una psicofarmacoterapia regolare purtroppo con persistenza dei suoi sintomi di tipo ansia, angoscia, apatia e dolori diffusi dovuti alla sua fibromialgia. Durante il colloquio in presenza del marito, essa non ha fatto che lamentarsi della sua situazione psico-fisica presentando una serie di dolori alla schiena, alle ginocchia, al piede destro, alla colonna cervicale oltre che una cefalea persistente che secondo lei dura già da diversi mesi e che è resistente alla terapia abituale. Oltre i sintomi sopraccitati essa si lamenta anche di

un'insonnia ed una sensazione di bruciore alla testa ed al collo e tutta una serie di sintomi e disturbi che chiaramente gli impediscono una ripresa lavorativa attuale. Dunque la sua inabilità lavorativa attualmente è completa ed essa è al beneficio di una psicofarmacoterapia importante che sicuramente va continuata. In seguito al colloquio telefonico con il Dr.

_____ e la Dr.ssa _____ anche loro mi confermano il malessere psico-fisico dell'assicurata e che probabilmente continuerà ad essere presente ancora per un lungo periodo e la domanda di rendita d'invalità è già stata inoltrata." (doc. AA) In data 9 dicembre 2004 il Dr. med. _____, _____, nell'ambito della perizia pluridisciplinare fatta allestire dall, ha scritto al Dr. med. _____, del SAM, affermando: "

La giornata tipo che vive la stessa è la seguente: si risveglia al mattino verso le 8.30-9.00, dopodiché fa colazione insieme ad uno dei figli. In seguito esce di casa per fare delle spese accompagnata dal marito (in quanto non è in grado di portare pesi), prima di mezzogiorno rientra per preparare il pranzo. Al pomeriggio si corica due ore circa, per poi alzarsi e uscire a fare almeno un'ora di passeggiate come prescritto dal suo medico, dr. _____. Nel tardo pomeriggio rientra in casa, guarda i programmi televisivi (telegiornale, film), non è in grado di stirare né il passare l'aspirapolvere, ma fa piccoli lavori, tipo aiutare le figlie. Ogni tanto fa il bucato. È in grado di leggere i giornali e riviste in italiano. Si corica verso le 9.30-10.00 di sera, fa fatica a dormire durante la notte, per i dolori che diventano più intensi. L'assicurata è seguita regolarmente dalla dr.ssa _____, assume la terapia già da te esposta. STATO PSICHICO: L'assicurata presenta un aspetto biologico che concorda con l'età cronologica. Il contatto con l'interlocutore è caratterizzato fin dall'inizio da un'importante tendenza alle lamentele continue e ad una esagerazione dell'espressione delle emozioni, valutata dal corrugamento della fronte, il tono di voce fluttuante che calca in modo quasi teatrale una sofferenza psicologica che, sul piano del tono dell'umore non è di rilievo. Infatti il tono dell'umore appare lievemente deflesso. A momenti l'assicurata cambia di attitudine, sorridendo (ad esempio quando ha fatto riferimento al fatto che è in grado di leggere il giornale in italiano). Il contatto con l'interlocutore difficoltoso. Il flusso del pensiero è fluido e non sono riscontrabili allentamenti dei nessi logici. L'assicurata parla un discreto italiano. Da un punto di vista ideativo, il pensiero è focalizzato nelle tematiche inerenti la sua malattia, i suoi dolori (mal di testa, male alla schiena, male alla gamba destra). Dichiaro di sentirsi giù di morale, come detto sopra, ciò che contrasta con l'impressione obiettiva del tono dell'umore. L'appetito è discretamente diminuito, la libido sebbene diminuita è complessivamente conservata, ancora mantiene una vita intima e regolare con il marito. Dichiaro di sentirsi ben adattata in Svizzera e che non le manca il suo paese. Anzi, dice che siccome i suoi figli sono cresciuti qui, lei si sente meglio qui che nel suo paese d'origine. Non sono presenti pensieri di autocolpevolezza, né di rovina. Non sono presenti idee a sfondo fobico, né ossessivo. Non sono presenti turbe dispercettive, né idee deliranti.

DIAGNOSI: Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4).

VALUTAZIONE: Siamo confrontati con un'assicurata che presenta una preponderante sintomatologia algica su quella del tono dell'umore (descritta negli atti dai colleghi psichiatri), in quanto durante il colloquio odierno, si è constatata una maggiore focalizzazione dell'attenzione e delle sue lamentele su questa sintomatologia.

Complessivamente si è constatata una lieve fluttuazione del tono dell'umore verso il polo negativo, con una chiara esagerazione della mimica, non accompagnata da un'angoscia endopsichica. Questo contrasto fa pensare ad una tendenza dell'assicurata ad esagerare la sofferenza. Per questo motivo non possiamo emettere nessuna diagnosi correlata sul piano

dei disturbi affettivi. Non emerge una chiara sofferenza di adattamento alla malattia né sono riscontrabili sofferenze sul piano transculturale di adattamento sociale. La gestione della giornata, come spiegato sopra, mette in luce ancora delle risorse sia cognitive che comportamentali. Non è in atto nessun processo regressivo del comportamento, ma bensì una tendenza al vittimismo e al rifugiarsi in un ruolo passivo che ha una funzione di guadagno secondario in ambito familiare. CONCLUSIONE: 1. Diagnosi Vedi sopra. 2. Influenza di quest'ultima sulla capacità lavorativa nell'attività da ultimo svolta. La sintomatologia algica che l'assicurata presenta, obiettivata, e che ha giustificato la diagnosi menzionata sopra, incide nella sua attività attuale, provocando la diminuzione della sua capacità lavorativa, di almeno il 30%. Il suo rendimento è diminuito alla stessa misura. 3. Descrive l'evoluzione dello stato di salute dell'assicurata e la prognosi a medio-lungo termine. L'assicurata ha iniziato a presentare una sintomatologia algica già dal 1994 (dolori lombari), i quali progressivamente sono aumentati fino all'espansione e generalizzazione del dolore in modo più conclamato e a partire dal 2003. Da allora si assiste ad una fluttuazione della sintomatologia complessiva, quella algica e quella affettiva. In questo senso la valutazione, in particolare della componente mimica, risulta difficile per il fatto che l'assicurata tende a esagerare la sintomatologia, quindi rende difficile la quantificazione della stessa. Inoltre è probabile che la sintomatologia depressiva, descritta negli atti dai colleghi abbia delle fluttuazioni obiettive e che il quadro possa variare. Dal mio punto di vista, complessivamente il quadro clinico si è mantenuto invariato per quanto riguarda la capacità lavorativa dell'assicurata. La prognosi è stazionaria a lungo termine. 4. Come si giustifica la diminuzione della capacità lavorativa? Quali sono le limitazioni funzionali constatate? Come detto sopra, è il dolore che provoca soprattutto la diminuzione della capacità lavorativa, quindi la percezione soggettiva del dolore influisce sulla capacità lavorativa e il rendimento nella sua attuale attività. 5. Possibilità terapeutiche per migliorare la capacità lavorativa. Siamo confrontati con una situazione complessa, in quanto si tratta di un'assicurata che presenta una grande tendenza alla posizione passiva e di vittima nei confronti della sua sofferenza, per cui risulta difficile non poter accogliere questa sua modalità. Nonostante ciò, è importante attivarla e renderla consapevole di questa sua modalità con l'obiettivo di mettere in atto dei meccanismi di difesa differenti che le permettano di fuoriuscire dalla logica passiva. Il trattamento psicofarmacologico dovrebbe essere potenziato, ma mi sembra che la compliance è scarsa. È indicato continuare con il trattamento fisioterapico stabilito dal dr. _____. 6. Ritiene possibile effettuare provvedimenti di integrazione professionale. No, in quanto il quadro psicopatologico attuale esclude l'assicurata da ogni processo di apprendimento. 7. Ritiene che l'assicurata sia in grado di svolgere altre attività? Sì, l'assicurata potrebbe essere in grado di svolgere altre attività lavorative. Purtroppo la sintomatologia algica che invade la stessa, incide anche sul vissuto psicologico che ha di se stessa e quindi influenza ogni attività lavorativa che le venga proposta. Per questo motivo la sua incapacità lavorativa, per altre attività esigibili rimane sempre dell'ordine del 30%. Quindi sarebbe in grado di esercitare altre attività lavorative nella misura di 5-6 ore al giorno. 8. Per assicurati di sesso femminile: in che misura l'assicurata può svolgere l'attività di casalinga? Come casalinga, l'assicurata mantiene una incapacità lavorativa nella misura del 30%." (Doc. 10) L'11 dicembre 2004 il Dr. med. _____, specialista in malattie reumatiche FMH, ha scritto al SAM, affermando: " Si tratta di un'assicurata 46enne che lamenta apparentemente già da oltre 10 anni dolori alla colonna vertebrale, i quali nel corso degli ultimi anni hanno mostrato un continuo peggioramento, con chiara tendenza alla

generalizzazione. Come già riscontrato dal Dott. _____, l'assicurata presenta una panalgia (dolori dalla testa ai piedi), che va ben oltre ai classici tender points fibromialgici. I dolori sono inoltre accompagnati da un profondo stato ansio-depressivo, tanto che ormai da diversi mesi è seguita pure dalla Dott.ssa _____, psichiatra a _____. Purtroppo tutte le terapie già provate non hanno mai potuto portare ad alcun chiaro miglioramento né nella sintomatologia algica, né tantomeno del suo stato psichico. Clinicamente ho riscontrato una paziente in discrete condizioni generali, di costituzione obesa, notevolmente sofferente, dimostrativa nel manifestare i suoi dolori. E' possibile evocare diffusi dolori alla minima digitopressione in tutto il corpo; l'esecuzione di un corretto stato reumatologico è resa inoltre assai complessa dalla presenza di un forte sovraccarico funzionale con notevole controinnervazione. Non ho riscontrato alcun segno clinico per un'artropatia infiammatoria. Clinicamente non vi sono segni per una radicolopatia, né a livello cervicale, né lombare (presenta una leggera iposensibilità sull'intero piede sx, che non corrisponde ad un singolo dermatoma). Gli esami ematologici più volte eseguiti non hanno mai potuto evidenziare alcuna patologia infiammatoria sistemica. Le indagini radiologiche, compresa una MRI della colonna lombare eseguita nel febbraio 2002, non hanno mai evidenziato particolari alterazioni degenerative del rachide. In conclusione posso solo confermare la diagnosi già posta dal Dott. _____ di una sindrome somatoforme del dolore cronico (a mio parere non è invece corretto diagnosticare una fibromialgia, in presenza di una panalgia). In presenza di una patologia fortemente somatoforme risulta essere difficile poter proporre delle valide opzioni terapeutiche che possano veramente influenzare i suoi dolori. Ritengo comunque molto importante che sia già stata inserita nel gruppo di pazienti fibromialgici, assieme ai quali esegue con una certa regolarità della ginnastica adeguata. Indispensabile pure un corretto sostegno psicologico e psichiatrico. La prognosi è purtroppo da considerare negativa, in considerazione dell'ormai subentrata cronicizzazione dei dolori e soprattutto della presenza di una forte componente somatoforme. Per quanto concerne la valutazione della sua capacità lavorativa, posso nuovamente confermare la valutazione del Dott. _____, il quale ritiene l'assicurata, sotto l'aspetto puramente reumatologico, inabile allo svolgimento del suo lavoro di donna delle pulizie nella misura di ca. il 30%. In teoria per lavori fisicamente leggeri, che non richiedono sforzi eccessivi per la colonna vertebrale (sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 10 kg, movimenti ripetuti di flessione ed estensione del tronco, lavori prolungati in posizioni inergonomiche) abile senza particolari limitazioni. Questa valutazione evidentemente non tiene conto della patologia psichiatrica e del quadro algico da lei presentato, quadro che comunque non può venire giustificato da problemi ortopedico-reumatologici." (Doc. 11) Dalla perizia del SAM del 14 dicembre 2004 emerge che, dopo aver visitato la paziente il 29 e 30 novembre, nonché il 3 dicembre 2004, i medici hanno deciso: " Patologia reumatologica Dagli atti sappiamo che l'A. da anni presenta disturbi (dolori all'apparato locomotorio) ed è stata pure ripetutamente in cura sia ambulatoriale che stazionaria. Ella è quindi stata presentata al nostro consulente reumatologo dr. _____ (vedasi allegato). Egli prende nota dei rapporti della Clinica _____ di _____ e del reumatologo curante dr. _____. Fa notare come già da oltre 10 anni l'A. presenta dolori alla colonna vertebrale, i quali nel corso degli ultimi anni hanno mostrato un continuo peggioramento con chiara tendenza alla generalizzazione. Concorda con il reumatologo curante riguardo della panalgia (dolori dalla testa ai piedi) presentata, ciò che a suo avviso va ben oltre ai classici tender points fibromialgici. Prende inoltre atto che purtroppo tutte le terapie provate finora non hanno mai potuto portare ad alcun chiaro miglioramento né della sintomatologia algica, né tanto meno dello stato

psichico dell'A.. Riferisce poi dell'esame clinico effettuato reso difficoltoso dalla presenza di un forte sovraccarico funzionale con notevole controinnervazione. Non si riscontrano segni clinici per un'artropatia infiammatoria, non vi sono segni per una radiculopatia né a livello cervicale, né lombare. Il dr. _____ fa inoltre notare come gli esami di laboratorio non hanno mai evidenziato una patologia infiammatoria sistemica e le indagini radiologiche, compresa una MRI della colonna lombare, non hanno mai evidenziato particolari alterazioni degenerative del rachide. Nelle sue conclusioni il dr. _____ conferma la diagnosi già posta dal dr. _____ e riferita a una sindrome somatoforme del dolore cronico. Precisa invece di non poter diagnosticare una fibromialgia in presenza di una panalgia. Descrive una prognosi negativa in considerazione della ormai subentrata cronicizzazione dei disturbi e soprattutto della presenza di una componente somatoforme. Dal lato puramente reumatologico conferma il giudizio valetudinario del collega di specialità, dr. _____ o s sia, vale a dire un'incapacità lavorativa nell'attività di donna di pulizia nella misura del 30%. Patologia psichiatrica Sempre dagli atti sappiamo che l'A. è attualmente in cura psichiatrica dalla dr.ssa _____ di _____, la quale giudica un grado di capacità lavorativa nella misura dello 0% (atto del 24.08.2004). L'A. è quindi stata presentata al nostro consulente dr. _____, il quale ha potuto procedere a un'esauriente esplorazione psichiatrica presso il SAM. Nel suo rapporto descrive in dettaglio lo svolgimento di una giornata tipo dell'A., al fine di meglio precisare il profilo della capacità lavorativa. Descrive in seguito l'attuale stato psicopatologico, dove sottolinea come l'A. presenta una preponderante sintomatologia algica su quella del tono dell'umore. Constata una lieve fluttuazione del tono dell'umore verso il polo negativo con una chiara esagerazione della mimica, non accompagnata da un'angoscia endopsichica. Ritene che questa discrepanza induce a ritenere una tendenza dell'A. ad esagerare la propria sofferenza. Per questi motivi, il dr. _____ sottolinea come non si possa emettere una diagnosi correlata sul piano dei disturbi affettivi; infatti non emerge una chiara sofferenza di adattamento alla malattia, né sono riscontrabili sofferenze sul piano transculturale di adattamento sociale. Precisa che la gestione della giornata da parte dell'A. mette in luce ancora delle riserve sia cognitive che comportamentali. Inoltre, non è in atto nessun processo regressivo del comportamento, ma bensì una tendenza al vittimismo e al rifugiarsi in un luogo passivo che ha una funzione di guadagno secondario in ambito familiare. A riguardo della valutazione della capacità lavorativa, ritiene che la sintomatologia algica presentata, giustificante la diagnosi di una sindrome somatoforme da dolore persistente, incide nell'attività da ultimo svolta con una diminuzione della capacità lavorativa nella misura di almeno il 30%.

7 VALUTAZIONE MEDICO-TEORICA GLOBALE DELL'ATTUALE CAPACITÀ LAVORATIVA L'attuale grado di capacità lavorativa medico - teorica globale dell'A. nella professione di ausiliaria per pulizie è valutabile nella misura del 70%, come argomentato sopra. Facciamo notare come le limitazioni dal punto di vista reumatologico e psichiatrico si riferiscono alla stessa problematica algica e pertanto, non hanno carattere cumulativo.

8 CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA Sono dovute essenzialmente alla presenza della sintomatologia descritta sia dal nostro consulente psichiatra, che dal nostro consulente reumatologo, relativa alla panalgia. La percezione soggettiva dei dolori influisce sulla capacità lavorativa il rendimento dell'attività da ultimo svolta nella misura del 30% in modo globale. Questa limitazione della capacità lavorativa dell'A, va considerata a partire da luglio 2003 come segnalato dal medico curante (vedasi atto del 19.05.2004). Da allora si è assistito a una fluttuazione della sintomatologia complessiva, quella algica e quella affettiva. Secondo il

parere del nostro consulente psichiatra, il quadro clinico si è mantenuto invariato per quanto riguarda la capacità lavorativa dell'A.. Da quanto descritto, risulta evidente la differente valutazione dell'impatto sulla capacità lavorativa dal punto di vista psichiatrico. Facciamo notare come il nostro consulente psichiatra sostenga che non emerga una chiara sofferenza di adattamento alla malattia, né sono riscontrabili sofferenze sul piano transculturale di adattamento sociale e pertanto, non risulta possibile confermare la diagnosi posta dal dr. _____ e dalla dr.ssa _____ relativa a una sindrome da disadattamento. Durante il periodo di osservazione presso il SAM non abbiamo potuto evidenziare nel comportamento dell'A., alcun processo regressivo, ma bensì la tendenza al vittimismo e al rifugiarsi in un ruolo passivo. Questi elementi, a nostro avviso, non permettono di ridurre la capacità lavorativa in misura superiore al 30%. 9

CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE

Alla luce del quadro psicopatologico descritto non riteniamo possibile effettuare provvedimenti di integrazione professionale. A riguardo delle possibilità terapeutiche, dobbiamo sottolineare che quest'A. presenta una grande tendenza alla posizione passiva e di vittima nei confronti della sua sofferenza, per cui risulterà difficile attivarla e renderla consapevole di questa sua modalità con l'obiettivo di mettere in atto dei meccanismi di difesa differenti, che le permettano di fuoriuscire dalla logica passiva. Il trattamento psicofarmacologico dovrebbe essere potenziato, ma sospettiamo che la compliance sia scarsa. Riteniamo che l'A potrà essere in grado di svolgere altre attività lavorative dal punto di vista medico - teorico in lavori fisicamente leggeri, che non richiedano sforzi eccessivi per la colonna vertebrale (sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 10 Kg, movimenti ripetuti di flessione ed estensione del tronco, lavori prolungati in posizione inergonomiche) sempre però con un grado di capacità lavorativa nella misura massima del 70%. Riteniamo con ciò, che la sintomatologia algica che invade l'A., incide anche sul vissuto psicologico che ha di se stessa e quindi influenza ogni attività lavorativa che le venga proposta. Per queste ragioni, riteniamo che pure nell'attività di casalinga, benché l'A. possa gestire a suo piacere il mansionario, il grado di capacità lavorativa raggiunge al massimo il 70%." (Doc. 12)." A queste valutazioni si aggiunge, come indicato nei punti precedenti, la valutazione 29 novembre 2005 della psichiatra curante che puntualizza la valutazione del dott. _____ riconoscendo comunque che il caso presenti "una tendenza alla rendita" circostanza che sarebbe indiziata dal comportamento di RI 1 nei confronti delle assicurazioni "e smentita comunque dalla pregressa assenza di patologie nevrotiche" . La stessa dott. _____ ammette che la fibromialgia e panalgia sono "quadro che noi psichiatri vediamo sempre più frequentemente ed è quasi sempre associato ad una depressione" . Per la curante sussisterebbe un "disturbo affettivo di gravità medio grave" che renderebbe impossibile lo svolgimento di un'attività lavorativa. La dott. _____ rileva comunque come "Indubbiamente esiste pure un'altra diagnosi ... sindrome somatoforme da dolore persistente" . Come rilevato la dott. _____ critica nella perizia del dott. _____ l'assenza di test ed approfondimenti (doc. 38). 6. Come evocato nella sentenza 36.2005.89 (cons. 2.5) affinché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (cfr. Ulrich Meyer■Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 p. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA

ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, DTF 122 V 161, 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, p. 332). Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV10, p. 33ss.), nell'ambito delle assicurazioni sociali, la nostra 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 p. 95). Per quel che riguarda il medico curante, infine, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tener conto del fatto che, in caso dubbio, egli attesta a favore del suo paziente (DTF 125 V 353 consid. 3a)cc), STFA del 27 dicembre 2001 nella causa P., I 603/01; cfr. U. Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997 p. 230). Va qui rammentato che, sempre nell'ambito delle assicurazioni sociali, e meglio dell'assicurazione per l'invalidità, per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 p. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 p. 180; ZAK 1984 p. 342, 607 ; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, p. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)." Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische

Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, p. 10 consid. 3b; RCC 1992 p. 182 consid. 2a con riferimenti). Inoltre, nella sentenza 5 ottobre 2001 pubblicata in DTF 127 V 294 e seg., il TFA ha fatto proprie le considerazioni esposte da Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pp. 105ss), in cui questo autore ha descritto in dettaglio i compiti del perito medico che deve esprimersi sul carattere invalidante di un'affezione somatoforme. Secondo _____, 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. L'esperto deve inoltre esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001 nella causa A., inc. 32.1999.124). Con sentenza del 28 maggio 2004 (I 702/03), il TFA ha evidenziato che: " 5.2 In una recente sentenza, questa Corte ha avuto modo di precisare che una tale inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri qualificati quali (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") oppure (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e sentenza del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.)." 7. Come già rilevato nella STCA 20 febbraio 2006 (36.2005.89) questo Tribunale ritiene che dalla numerosa documentazione medica agli atti emerge innanzitutto che l'assicurata, dal profilo reumatologico, sia nell'attività precedente di donna delle pulizie, che in attività confacenti al suo stato di salute, è inabile al lavoro al 30%. Sia il Dr. med. _____ che gli specialisti del SAM sono infatti giunti alla medesima conclusione, dopo aver effettuato approfonditi esami medici sull'interessata. In particolare il Dr. med. _____, medicina interna, specialista malattie reumatiche FMH, nel suo

referto del 1° giugno 2004 sostiene che la valutazione dell'inabilità lavorativa " obbliga a una differenziazione fra capacità lavorativa teorica dal punto di vista prettamente reumatologico e capacità lavorativa praticamente realizzabile dal punto di vista globale. Considerando gli aspetti prettamente reumatologici, la fibromialgia giustifica un'incapacità lavorativa teorica massima, nella situazione che ci occupa, del 30%." Pure i medici del SAM, e meglio il Dr. med. _____, specialista in malattie reumatiche FMH, dopo aver esaminato la numerosa documentazione medica a sua disposizione ha confermato la diagnosi già posta dal Dr. med. _____ " di una sindrome somatoforme del dolore cronico (a mio parere non è invece corretto diagnosticare una fibromialgia, in presenza di una panalgia)" e per quanto concerne la valutazione della capacità lavorativa " posso nuovamente confermare la valutazione del Dott. _____, il quale ritiene l'assicurata, sotto l'aspetto puramente reumatologico, inabile allo svolgimento del suo lavoro di donna delle pulizie nella misura di ca. il 30% ." In lavori fisicamente leggeri, che non richiedono sforzi eccessivi per la colonna vertebrale lo specialista ritiene l'attrice abile senza particolari limitazioni (doc. 12). Va pertanto esaminato se dal punto di vista psichico esiste invece un'inabilità lavorativa maggiore. Mentre il Dr. med. _____, medico fiduciario della Cassa e la Dr.ssa med. _____, curante dell'attrice, ritengono l'interessata completamente inabile anche dal punto di vista psichiatrico, il dr. med. _____, _____, sostiene che l'assicurata presenta un'incapacità lavorativa del 30%, sia nella sua precedente attività, che in attività più leggere confacenti al suo stato di salute. Nel caso di specie il perito, dopo aver visitato la paziente, ha posto la diagnosi di " sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4)" (doc. 10) ed ha evidenziato come " il contatto con l'interlocutore è caratterizzato fin dall'inizio da un'importante tendenza alle lamentele continue e ad una esagerazione dell'espressione delle emozioni, valutata dal corrugamento della fronte, il tono di voce fluttuante che calca in modo quasi teatrale una sofferenza psicologica e che sul piano del tono dell'umore non è di rilievo." Lo specialista ha precisato come nel caso di specie vi sia " una chiara esagerazione della mimica, non accompagnata da un'angoscia endopsichica. Questo contrasto fa pensare ad una tendenza dell'assicurata ad esagerare la sofferenza." Lo specialista ha poi rilevato come la valutazione dello stato di salute dell'interessata e la prognosi a medio-lungo termine, " risulta difficile per il fatto che l'assicurata tende a esagerare la sintomatologia, quindi rende difficile la quantificazione della stessa " e che " siamo confrontati con una situazione complessa, in quanto si tratta di un'assicurata che presenta una grande tendenza alla posizione passiva e di vittima nei confronti della sua sofferenza, per cui risulta difficile non poter accogliere questa sua modalità ." Lo specialista ritiene di conseguenza che l'incapacità lavorativa dell'attrice, sia nella precedente attività che in quelle più confacenti, raggiunge il 30%. Va qui rilevato che la tendenza a esagerare la sintomatologia è stata riscontrata anche dal reumatologo del SAM, laddove evidenzia di aver " riscontrato una paziente in discrete condizioni generali, di costituzione obesa, notevolmente sofferente, dimostrativa nel manifestare i suoi dolori ." (doc. 11) ed anche lo " status del perito SAM ", a pag. 7 della perizia pluridisciplinare, indica che l'attrice ha un'" attitudine sofferente, durante l'esame esagerata reazione di dolore ad ogni approccio, tanto che l'esame clinico ne risulta disturbato ." (doc. 12) L'attrice contesta le conclusioni degli specialisti rilevando che anche il medico fiduciario della _____, nell'ambito delle IPG aveva concluso per un'inabilità totale dal punto di vista psichiatrico, che la curante ha avuto modo di esaminare la paziente in più occasioni e conosce meglio la sua situazione valetudinaria ed ha ribadito ulteriormente il suo dire nel rapporto 29 novembre 2005. Per il patrocinatore i medici del

SAM hanno visto la paziente solo in due occasioni, in un periodo comunque successivo alla valutazione dei Dr. _____ e _____, senza tuttavia sottoporre l'attrice ad un ricovero stazionario e senza, nell'ottica dell'accertamento delle condizioni di salute mentali, apparentemente approfondire tutti gli aspetti. L'attrice contesta inoltre che la valutazione complessiva dell'inabilità lavorativa sia del 30%, se già solo per la patologia psichica l'inabilità raggiunge tale percentuale. 8. A proposito delle perizie allestite dal SAM, va evidenziato come in ambito di assicurazione invalidità il TFA ha accertato che "l'indipendenza e l'imparzialità dei periti dei centri medici d'accertamento, richieste dagli art. 4 Cost. e 6 n. 1 CEDU, erano già garantite prima dell'entrata in vigore, il 1° giugno 1994, del nuovo statuto riconosciuto a essi centri. L'influenza dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali si limitava a questioni d'ordine amministrativo-organizzativo. Con il nuovo statuto è stato ancorato il concetto dell'indipendenza medico-specifica dei periti, che già esisteva in precedenza ." (DTF 123 V 175, in particolare pag. 178 consid. 4b, STFA del 5 novembre 2002 nella causa S., I 665/00, consid. 2.3). 9. Il TCA non ha nessun motivo per non prendere in considerazione le conclusioni a cui sono giunti i periti del SAM. Gli esperti, su incarico dell, hanno infatti allestito una perizia pluridisciplinare completa ed approfondita, nella quale, dopo aver esaminato gli atti medici a loro disposizione e aver posto l'anamnesi familiare, personale-sociale, professionale, patologica e sistemica, hanno posto la diagnosi (con influsso sulla capacità lavorativa) di sindrome somatoforme da dolore persistente con panalgia. A proposito della patologia psichiatrica gli specialisti rilevano che l'interessata è stata visitata dal Dr. med. _____, " il quale ha potuto procedere a un'esauriente esplorazione psichiatrica presso il SAM ." I medici del SAM rammentano che lo specialista ha sottolineato come RI 1 " presenta una preponderante sintomatologia algica su quella del tono dell'umore. Constata una lieve fluttuazione del tono dell'umore verso il polo negativo con una chiara esagerazione della mimica non accompagnata da un'angoscia endopsichica. Ritiene che questa discrepanza induce a ritenere una tendenza dell'A. ad esagerare la propria sofferenza " ed infine che " a riguardo della valutazione della capacità lavorativa, ritiene che la sintomatologia algica presentata, giustificante la diagnosi di una sindrome somatoforme da dolore persistente, incide nell'attività da ultimo svolta con una diminuzione della capacità lavorativa nella misura di almeno il 30% ." Le critiche di metodologia formulate dalla curante (cfr. rapporto 29 novembre 2005) all'indirizzo del dott. _____ non appaiono ritenibili in questa sede. La dott. _____ non indica in quale misura eventuali esami testistici avrebbero permesso al perito dott. _____ di modificare il suo parere o quale sostanziale incidenza avrebbero potuto avere. La critica, come si vedrà ancora in corso di motivazione, non è quindi tale da inficiare il valore probante della perizia del SAM. Al contrario di quanto ritiene la dott. _____, curante e quindi maggiormente protesa alla propria paziente, più specialisti hanno evidenziato l'enfaticizzazione della mimica e dei gesti. D'altro canto correttamente la psichiatra evidenzia che il caso potrebbe far pensare ad una tendenza alla rendita. Il dott. _____ ha, lo si ripete, analizzato, con competenza e completezza, la situazione psichiatrica della ricorrente e ne ha tratto le conclusioni note che vanno qui ribadite. Si ripete che la curante non indica in che misura eventuali test, un esame psicodiagnostico o psicometrico rispettivamente una valutazione neuropsicologica completa quali ulteriori apporti avrebbe potuto fornire ed in quale modo avrebbero inciso nella valutazione del perito. Incaricato della perizia, a fronte delle certificazioni e delle sue verifiche dirette, il dott. _____ è giunto a conclusioni chiare, tranquillanti e precise già ritenute da questo Tribunale nella sentenza più volte citata e che non sono certo

arbitrarie a sindacabili. La dott. _____ non ha fatto altro che ribadire ulteriormente le sue valutazioni di curante, mal si sarebbe visto la specialista contraddire i suoi precedenti rilievi. 10. RI 1 critica il fatto che l'UAI non abbia cumulato i tassi di inabilità lavorativa conseguenti alla patologia psichiatrica ed alla fibromialgia. Al proposito va qui evidenziato come il Tribunale Federale delle Assicurazioni (dal 1° gennaio 2007 Tribunale Federale) si è espresso su tale principio con sentenza 4 settembre 2001 I 338/01 pag. 485 n° 72) dove ha indicato che per determinare il grado di inabilità lavorativa di un assicurato che soffre di diverse patologie non si devono semplicemente sommare le singole valutazioni, bensì si deve far capo al giudizio globale che scaturisce dopo ponderata discussione plenaria fra tutti gli esperti interessati. In ogni caso la questione a sapere se i singoli gradi di inabilità si possano sommare, e se del caso in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che di principio il giudice non rimette in discussione. Nel caso concreto gli esperti, sulla base delle valutazioni reumatologiche e psichiatriche dei due specialisti (dr. med. _____ e dr. med. _____) hanno stabilito che “ l'attuale grado di capacità lavorativa medico-teorica globale dell'A. nella professione di ausiliaria per pulizie è valutabile nella misura del 70%, come argomentato sopra. ” I medici hanno inoltre sottolineato che “ le limitazioni dal punto di vista reumatologico e psichiatrico si riferiscono alla stessa problematica algica e pertanto, non hanno carattere cumulativo. ” Gli specialisti hanno specificato inoltre che le conseguenze sulla capacità lavorativa sono dovute essenzialmente alla presenza della sintomatologia descritta sia dallo psichiatra che dal reumatologo, relativa alla panalgia. “ La percezione soggettiva dei dolori influisce sulla capacità lavorativa il rendimento dell'attività da ultimo svolta nella misura del 30% in modo globale ” e che “ questa limitazione della capacità lavorativa dell'A., va considerata a partire da luglio 2003 come segnalato dal medico curante (vedasi atto del 19.05.2004). Da allora si è assistito a una fluttuazione della sintomatologia complessiva, quella algica e quella affettiva. ” Va qui evidenziato come i medici del SAM hanno fatte proprie le valutazioni del perito psichiatra, affermando che “ secondo il parere del nostro consulente psichiatra, il quadro clinico si è mantenuto invariato per quanto riguarda la capacità lavorativa dell'A.. Da quanto descritto, risulta evidente la differente valutazione dell'impatto sulla capacità lavorativa dal punto di vista psichiatrico. Facciamo notare come il nostro consulente psichiatra sostenga che non emerga una chiara sofferenza di adattamento alla malattia, né sono riscontrabili sofferenze sul piano transculturale di adattamento sociale e pertanto, non risulta possibile confermare la diagnosi posta dal dr. _____ e dalla dr.ssa _____ relativa a una sindrome da disadattamento. ” Gli specialisti affermano infine che “ durante il periodo di osservazione presso il SAM non abbiamo potuto evidenziare nel comportamento dell'A., alcun processo regressivo, ma bensì la tendenza al vittimismo e al rifugiarsi in un ruolo passivo. Questi elementi, a nostro avviso, non permettono di ridurre la capacità lavorativa in misura superiore al 30%. ” Questa percentuale è stata confermata anche per quanto concerne un'attività più leggera e confacente al suo stato di salute. Questo Tribunale non vede ragioni per non far proprie le chiare conclusioni della perizia del SAM, che, pur divergendo dalle constatazioni della curante dell'attrice e del medico fiduciario della _____, sono maggiormente approfondite e prendono in considerazione l'intero vissuto della paziente. Il referto, fatto allestire dall'UAI, è inoltre successivo alle valutazioni degli altri due specialisti e lo psichiatra che ha effettuato la perizia ha potuto constatare personalmente, e dunque direttamente, la tendenza dell'attrice ad esagerare la propria sofferenza psichica. Si ribadisce che questa tendenza al vittimismo è stata riscontrata anche dal perito reumatologo

ed è stata posta a motivazione della perizia pluridisciplinare indipendente del SAM. A questi rilievi, già fatti propri dal TCA nella sentenza 36.2005.89, il rapporto allestito a fine novembre 2005 dalla dott. _____ discusso in precedenza, rapporto che conferma le precedenti valutazioni senza apportare sostanziale novità o concreti elementi atti a smentire la valutazione del dott. _____ fatta propria dai periti del SAM, non apporta nulla di nuovo e non impone decisione diversa rispetto alla sentenza 36.2005.89. Alla luce delle considerazioni sopra esposte questo TCA deve pertanto concludere che l'inabilità lavorativa dell'attrice sia in attività confacenti al suo stato di salute che in attività più leggere è del 30%, ossia una percentuale inferiore a quella che darebbe diritto all'erogazione di una rendita. 11. Con scritto 11 gennaio 2007 l'avv. RA 1 per conto della ricorrente indica, qualora il Tribunale ritenesse "la documentazione medica per l'erogazione di prestazioni", la necessità di un rinvio degli atti all'UAI per "nuovi accertamenti" o per "l'accertamento di un rapporto peritale medico di natura giudiziaria" per le tematiche psichiatriche. D'altro canto la ricorrente chiede una presa di posizione del dr. _____ sul complemento della dott.ssa _____. In merito a quest'ultimo tema il responsabile medico SMR dr. _____ ha potuto esprimersi (doc. 43) rilevando: " Il rapporto della Dr.sa _____ del dicembre 2005 contiene le motivazioni della sua valutazione divergente rispetto a quella del SAM; conferma le diagnosi precedentemente poste e conferma la piena incapacità lavorativa. Il confronto tra il citato rapporto con quello inviato nell'agosto 2004 (indirizzato all'assicuratore Ig e allegato alla perizia SAM) non si possono rilevare elementi clinici a comprova di un peggioramento dello stato di salute: gli argomenti addotti nel secondo rapporto lasciano apprezzare uno stato invariato. Si può dunque concludere che con il passare del tempo non vi sia stata variazione dello stato di salute e, considerando che gli elementi della perizia SAM non prestano fianco a critiche, la capacità lavorativa, rispettivamente la descrizione dei limiti funzionali sono atti all'elaborazione del diritto a prestazioni dell'AI." (Doc. 43) Analogamente ha fatto il dott. _____ dell'UAI che rileva: " Ho letto attentamente il rapporto medico dr.ssa _____ del 4.2004 , il SAM del 11.2004 e l'attuale nuovo rapporto della dr.ssa _____ del 11.2005 e mi posso esprimere come segue a riguardo delle discrepanze di questi documenti a dossier. Secondo il mio parere la valutazione psichiatrica dr _____ del SPS del SAM non è discordante dalla valutazione del primo certificato della psichiatra curante del 4.2004 specialmente per quel che riguarda la diagnosi ammettendo la presenza di lieve componente depressiva e ben descrivendo una giornata dell'Ata con buona integrazione sia a livello familiare (limitazione prevalentemente reumatologica) e sociale : si tratta a mio avviso quindi di una coerente e per noi vincolante valutazione clinica e da ultimo anche lavorativa quella del SAM . L'11.2005 la psichiatra curante attesta la presenza di una conclamata depressione sin dall'inizio (ma non avvalorata dal SAM del 11.2004) pur considerando che la terapia sia stata effettuata secondo le regole dell'arte. A mio avviso non vi sono gli elementi per discordarsi dalla valutazione del SAM per la parte psichiatrica." (Doc. 41) Alla luce di questi elementi, della sostanziale assenza di novità nel rapporto 29 novembre 2005 della psichiatra curante, della già indicata completezza ed affidabilità della perizia SAM questo Tribunale prescinde sia dall'interpellare il dott. _____ che dall'ordinare l'erezione di una perizia ulteriore come ventilato dalla ricorrente. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca 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 modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere

altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). In concreto, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita dall'esame degli atti dell'incarto per cui rinuncia all'assunzione di ulteriori prove. 12. Vi sto quanto precede, la conclusione dell'amministrazione di ritenere la ricorrente invalida in misura inferiore al 40%, essendo basata su sufficienti approfondimenti, non può che essere confermata. Non essendo dato un grado d'invalidità giustificante l'erogazione di una rendita d'invalidità (art. 28 cpv. 1 LAI), l'Ufficio AI ha di conseguenza rettamente negato la rendita. La decisione contestata deve essere confermata e il ricorso respinto. 13. Con l'impugnativa RI 1 ha postulato l'assistenza giudiziaria. Il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore la Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA; RS 830.1), la quale ha portato alcune modifiche legislative anche in ambito AI. Dal profilo temporale il giudice delle assicurazioni deve applicare le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (SVR 2003 IV nr. 25 consid. 1.2; DTF 129 V 1, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). Inoltre, ai fini dell'esame della vertenza, il Tribunale cantonale delle assicurazioni si basa di regola sui fatti che si sono realizzati fino al momento della decisione contestata (SVR 2003 IV nr. 25 consid. 1.2; DTF 121 V 366 consid. 1b). Per contro, secondo dottrina e giurisprudenza, le disposizioni formali, in casu quelle della LPGA (art. 27 – 62 LPGA), tra cui quelle relative all'assistenza giudiziaria (art. 61 lett. f LPGA), sono immediatamente applicabili con l'entrata in vigore della nuova legge (Kieser, *ATSG-Kommentar*, Basilea 2003, art. 82 N. 8 p. 820; SVR 2003 IV Nr. 25, consid. 1.2., pag. 76; STFA del 23 ottobre 2003 nella causa K., H 73/03; STFA del 23 ottobre 2003 nella causa J., K 55/03; STFA del 20 marzo 2003 nella causa E., I 238/02). Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il cui rimando era esplicitamente previsto dall'art. 69 cpv. 1 vLAI, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGA mantiene il principio secondo cui i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362 consid. 1b; Kieser, *op. cit.*, art. 61 N. 86 p. 626). Le condizioni cumulative per la concessione dell'assistenza giudiziaria rimangono invariate rispetto al vecchio diritto e sono le seguenti (Kieser, *op.cit.*, art. 61 N. 88s; cfr. anche DTF 108 V 269, 103 V 47, 98 V 117; ZBL 94/1993 p. 517): a) il richiedente deve trovarsi nel bisogno (cfr. anche art. 3 della Legge cantonale sul patrocinio e sull'assistenza giudiziaria, Lag, entrata in vigore il 26 luglio 2002). L'istante va considerato indigente quando non è in grado di assumere le spese legate alla difesa dei suoi interessi, senza intaccare il minimo indispensabile al suo mantenimento e a quello della sua famiglia (SVR 1998 UV Nr. 11 consid. 4a; DTF 119 Ia 11ss., 103 Ia

100). Per determinare se ciò è il caso vanno presi in considerazione i redditi del richiedente e delle persone che hanno un obbligo di mantenimento nei suoi confronti (DTF 115 V 195; Cocchi-Trezzini, Codice di procedura civile ticinese, 2a edizione, Lugano 2000, N. 20 ad art. 155, p. 479). L'obbligo dello Stato di accordare l'assistenza giudiziaria è in effetti sussidiario all'obbligo di mantenimento derivante dal diritto di famiglia (DTF 119 Ia 11 ss.). Non entrano invece in linea di conto le risorse finanziarie di parenti cui l'interessato potrebbe far capo a norma dell'art. 328 e 329 CC (Cocchi-Trezzini, op. cit., N. 20 ad art. 155, p. 479 e giurisprudenza ivi citata). Non è determinante che l'indigenza sia stata cagionata da colpa propria (Haeffliger, *Alle Schweizer sind vor dem Gesetz gleich*, p. 165). Il limite per ammettere uno stato di bisogno ai sensi delle disposizioni sull'assistenza giudiziaria è superiore al minimo di esistenza determinato ai fini del diritto esecutivo (SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b, 7c). L'indigenza processuale è data ove il richiedente non disponga di più mezzi di quelli necessari per il mantenimento normale e modesto della famiglia. In una sentenza pubblicata in DTF 124 I 1ss. il TF ha precisato che una richiesta di assistenza giudiziaria non può essere respinta unicamente sostenendo che l'istante non è indigente, in quanto può permettersi i costi e la manutenzione di un'automobile. Secondo l'Alta Corte federale il richiedente deve piuttosto - indipendentemente dal modo in cui utilizza le sue risorse finanziarie - essere considerato indigente, se in base alla sua situazione finanziaria non è in grado di sopperire al suo minimo esistenziale; in questo calcolo non devono essere naturalmente computate le spese non inerenti al suo fabbisogno esistenziale. L'attestato municipale sullo stato di indigenza ha per il giudice soltanto valore indicativo (Cocchi-Trezzini, op. cit., N. 10 ad art. 156 p. 490). Nella commisurazione della capacità patrimoniale del richiedente va considerata anche l'eventuale sostanza e non unicamente i redditi conseguiti. Secondo il TFA infatti si tiene conto dell'intera situazione economica della famiglia (STFA non pubbl. succitata p. 4, consid. 2 e giurisprudenza ivi citata). La sostanza deve tuttavia essere disponibile al momento della litispendenza del processo o per lo meno a partire dal momento in cui è presentata l'istanza e non solo alla fine della procedura (DTF 118 Ia 369ss). Generalmente dal punto di vista temporale lo stato di bisogno dell'istante va determinato secondo la situazione esistente al momento della decisione (SVR 1998 UV Nr. 11 consid. 4a). L'assistenza giudiziaria può essere tuttavia concessa anche con effetto retroattivo nella misura in cui i presupposti sono adempiuti (SVR 2000 UV Nr. 3; cfr. anche STCA 12 marzo 2001 non pubblicata nella causa R.G., inc. 31.1998.50). Secondo la giurisprudenza del TFA, infine, la decisione di concessione dell'assistenza giudiziaria può essere modificata o revocata. Trattandosi di una decisione processuale ("prozessleitender Entscheid"), non passa infatti in giudicato materiale, ma solo formale. La modifica può avvenire anche con effetto retroattivo (SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b). b) l'intervento dell'avvocato dev'essere necessario o perlomeno indicato (cfr. anche art. 14 cpv. 2 Lag). Il TF ha stabilito che la necessità dell'intervento di un avvocato è data nella misura in cui le questioni controverse non sono di facile soluzione e la parte oppure il suo rappresentante civile non posseggono conoscenze giuridiche (DTF 119 Ia 265/6). c) il processo non deve essere palesemente privo di esito favorevole (cfr. anche art. 14 cpv. 1 Lag). Il requisito della probabilità di esito favorevole difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona ragionevole e di condizione agiata rinuncerebbe al processo in considerazione delle spese a cui si esporrebbe (DTF 119 Ia 251; Cocchi-Trezzini, op. cit., N. 1 ad art. 157 p. 491). A tal proposito si osserva che per valutare la probabilità di esito favorevole non si deve adottare un criterio particolarmente severo: è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno

possibilità di essere ammesso che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (STFA non pubbl. del 29 giugno 1994 nella causa A.D.). Nella sentenza 21 ottobre 2004 in re Avv. Dr. X. il TF ha ribadito che non disattende gli art. 29 cpv. 3 Cost. e 6 n. 3 lett. c CEDU il rifiuto del beneficio dell'assistenza giudiziaria opposto ad una persona indigente se la sua causa sembra priva di probabilità di successo. Compito del patrocinatore è quello di informare adeguatamente la persona assistita sui rischi della causa (TF 2A.561/2004). L'alta Corte federale ha ulteriormente ribadito questi concetti nella sentenza DTF 124 I 304 e nella sentenza 5P 346/2006 del 12 ottobre 2006 dove ha ritenuto: “ Als aussichtslos sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung Prozessbegehren anzusehen, bei denen die Gewinnaussichten beträchtlich geringer sind als die Verlustgefahren und die deshalb kaum als ernsthaft bezeichnet werden können. Dagegen gilt ein Begehren nicht als aussichtslos, wenn sich Gewinnaussichten und Verlustgefahren ungefähr die Waage halten oder jene nur wenig geringer sind als diese. Massgebend ist, ob eine Partei, die über die nötigen Mittel verfügt, sich bei vernünftiger Überlegung zu einem Prozess entschliessen würde; eine Partei soll einen Prozess, den sie auf eigene Rechnung und Gefahr nicht führen würde, nicht deshalb anstrengen können, weil er sie nichts kostet” ed ancora: "Die Prozesschancen sind in vorläufiger und summarischer Prüfung des Prozessstoffes abzuschätzen, wobei es im Rechtsmittelverfahren um die Erfolgsaussichten des Rechtsbehelfs geht (Haeffliger, Alle Schweizer sind vor dem Gesetze gleich, Bern 1985, S. 167 f. Ziffer 6). Die Frage lautet, ob das Rechtsmittel offenbar prozessual unzulässig oder aussichtslos ist (BGE 60 I 179 E. 1 S. 182 ; 78 I 193 E. 2 S. 195). Dass der angefochtene Entscheid oder das vorinstanzliche Verfahren an einem Mangel leidet, genügt für die Bejahung der Erfolgsaussichten nicht; entscheidend ist allein, ob das Rechtsmittel voraussichtlich gutgeheissen werden muss (vgl. Poudret/Sandoz-Monod, Commentaire de la loi fédérale d'organisation judiciaire, V, Bern 1992, N. 5 zu Art. 152 OG, S. 123)." 14. Nel caso concreto l'assicurata patrocinata dal proprio legale ha impugnato la decisione dell'UAI che trova il suo fondamento nell'incarto raccolto dalla stessa amministrazione la quale ha provveduto ad acquisire una perizia composita come descritto nelle considerazioni che precedono. La ricorrente, già con il patrocinio del proprio legale, aveva adito il 28 luglio 2005, mediante petizione, questo Tribunale avversando la volontà dell'assicuratore del datore di lavoro che copriva la perdita di guadagno. Ebbene la ricorrente si è vista opporre un rifiuto da parte del Tribunale Cantonale delle Assicurazioni a fronte delle pretese indennità vantate nei confronti di tale assicuratore malattia. Il TCA, in quell'occasione, circostanza questa che non è sfuggita al patrocinatore, si è fondato sull'incarto UAI acquisito, gli atti medici dell'amministrazione avevano già fatto oggetto di ampio approfondimento ed ampia valutazione. L'ulteriore certificato medico della psichiatra curante del novembre 2005 (e quindi precedente il giudizio del TCA), confermativo (e non poteva essere altrimenti), della sua diagnosi e della sua valutazione non potevano certo condurre a modificare sostanzialmente il materiale probatorio processuale. Ebbene a fronte di una sentenza emessa dal Tribunale Cantonale delle Assicurazioni nella sua composizione a tre giudici dopo attenta e matura valutazione, sentenza pacificamente cresciuta in giudicato e, come detto, fondata sostanzialmente sullo stesso materiale probatorio su cui è basato questo giudizio, non poteva avere assolutamente chances di esito positivo. In buona sostanza se posto nelle medesime condizioni un cittadino ragionevole che dovesse pagare di tasca propria il legale per i suoi servizi avrebbe certamente rinunciato ad interporre ricorso contro il provvedimento amministrativo alla luce della sostanziale

assenza di possibilità di esito favorevole. Alla luce di ciò, pur prescindendo dal carico di
tassa di giustizia e spese alla ricorrente per la sostanziale temerarietà del suo gravame, va
comunque respinta la domanda di assistenza giudiziaria in difetto del presupposto della
possibilità di esito favorevole. Non occorre esaminare se le altre condizioni per l'assistenza
giudiziaria erano date in concreto. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è
respinto . 2. La domanda di assistenza giudiziaria é respinta. 3. Non si percepisce tassa di
giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. 4. Comunicazione agli interessati
i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al
Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna , entro 30 giorni dalla
comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta
invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del
ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata
e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. terzi implicati Per il Tribunale cantonale delle
assicurazioni Il giudice delegato Il segretario Ivano
Ranzanici Fabio Zocchetti

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