TI_GERICHTE 32.2007.189 vom 27. April 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-04-27, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2007.189

FR: TI_GERICHTE 32.2007.189 du 27 avril 2007

IT: TI_GERICHTE 32.2007.189 del 27 aprile 2007

Regeste

UAI ha a giusta ragione rifiutato all'assicurata il diritto a prestazioni, dato che dal profilo medico, come emerge dalla perizia SAM, è ancora abile al 90% sia nella sua professione, sia in altre e, dal profilo economico, risulta un grado di invalidità inferiore al 40%

Erwägungen

E. 38

e 1 cpv. 3 PA; A. Kölz/I. Häner, Verwaltungsverfahren un Verwaltungsrechtspflege des Bundes, Zurigo 1993, p. 101 N 159, cfr. anche DTF 122 V 194 consid. 2). Questo significa che deve essere esaminato, secondo le concrete circostanze, se la notifica difettosa ha tratto in inganno l'assicurato e causato un pregiudizio. Tale questione processuale deve essere comunque esaminata alla luce del principio generale della buona fede (cfr. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, 2a edizione, Berna 1997, § 54 N 27 pag. 356, DTF 122 V 194 consid. 2). Pertanto, alla luce della giurisprudenza citata, questo Tribunale non può che stigmatizzare il fatto che l'UAI, nonostante fosse in possesso di una procura inviata all'amministrazione in data 15 marzo 2007 (cfr. doc. B) e poi spedita nuovamente il 30 marzo 2007 (cfr. doc. 48-1), non abbia immediatamente intimato la decisione emessa all'allora patrocinatore dell'insorgente. Questo modo di agire dell'amministrazione non è corretto. Pertanto, contrariamente a quanto sostenuto dall'amministrazione, non si può considerare che il termine di ricorso di trenta giorni sia scaduto il 30 maggio 2007 e che, di conseguenza, il ricorso dell'assicurata sia tardivo. Il TCA constata che la decisione impugnata è stata notificata all'avv. _____ solo il 7 maggio 2007, motivo per il quale, al fine di non pregiudicare le possibilità di ricorso dell'assicurata, il ricorso del 4 giugno 2007, messo alla posta il 5 giugno 2007, deve essere considerato tempestivo. 2.3. L'avv. _____ ha inoltre contestato il fatto che l'UAI abbia emanato la decisione del 27 aprile 2007, senza prima dare la possibilità all'assicurata di esprimere le proprie osservazioni in merito al progetto di decisione del 26 febbraio 2007 in sede di colloquio presso l'amministrazione, così come richiesto dallo stesso legale in data 15 marzo 2007 (I). Dal 1° luglio 2006 la procedura in ambito AI è stata modificata (RU 2006 pag. 2003). La previgente procedura di opposizione è stata abolita e sostituita dal mezzo del preavviso. Tenuto conto delle disposizioni transitorie, l'Ufficio AI comunica all'assicurato, tramite un preavviso, la decisione prevista in merito alla domanda di prestazione o alla soppressione o riduzione della prestazione già assegnata (nuovo art. 57 a prima frase LAI). La successiva decisione emessa dagli Uffici AI è direttamente impugnabile dinanzi al Tribunale delle assicurazioni del luogo dell'Ufficio AI (cfr. nuovo art. 69 cpv. 1 lett. a LAI). Le decisioni emesse dall'Ufficio AI del Cantone Ticino sono impugnabili a questa Corte (art. 1 lett. m LPTCA). 2.4. Nel progetto di decisione del 26 febbraio 2007 l'Ufficio AI ha indi-cato che l'assicurata aveva la possibilità di presentare – entro 30 giorni - per iscritto eventuali

osservazioni, aggiungendo che “è anche possibile un incontro, previo appuntamento” (doc. 40-1). Nello scritto del 15 marzo 2007 inviato all’UAI, a seguito della ricezione del progetto di decisione del 26 febbraio 2007, l’avv. _____, dopo avere richiesto copia degli atti in possesso dell’amministrazione, allegando la procura unitamente a nuovi certificati medici, ha chiesto “ un colloquio personale presso i vostri uffici, così da anche conoscere il risultato dell’esame della documentazione che ora vi sto inviando, rispettivamente di ogni altro elemento che nel seguito si verrà ad aggiungere” (doc. 42-1). In una nota per l’incarto del 29 marzo 2007, il funzionario incaricato ha indicato: " Ho chiamato l'avv. _____ perchè sulla procura non c'è scritto per cosa rappresenta l'assicurata. Ha detto che me la manda subito, io nel frattempo ho inviato già l'incarto a lui (lettera non rimasta in _____) con su scritto che i termini per inoltrare le osservazioni non possono essere prorogati. Poi ho anche detto che nel frattempo mi ha scritto anche la _____ e quindi non so chi effettivamente rappresenta l'assicurata (nel frattempo invio gli atti anche a loro visto che hanno procura). L'avvocato mi ha detto che mi scrive per spiegarmi la situazione, infatti la _____ non è rappresentante ma dà solo delle prestazioni all'assicurata. Attendo procura completa da parte dell'avvocato e lettera con spiegazioni." (Doc. 46-1) Con scritto del 30 marzo 2007 l’avv. _____ ha trasmesso all’UAI copia della procura datata 24 novembre 2006/29 marzo 2007 (doc. 48/1-2). In data 11 aprile 2007 l’UAI ha comunicato all’avv. _____ che: " Con riferimento al suo scritto del 15.03.2007, la preghiamo di volerci contattare entro e non oltre 10 giorni al fine di fissare una data per il colloquio richiesto. Qualora avesse nuova documentazione medica da aggiungere agli atti, vi preghiamo di volerla presentare in sede di colloquio. Essendo già trascorsi i termini di legge, non saranno concesse ulteriori proroghe." (Doc. 51-1) Non ricevendo alcuna comunicazione da parte dell’avv. _____, in data 27 aprile 2007 l’UAI ha emanato la decisione impugnata (cfr. doc. 52-1). In una annotazione per l’incarto datata 30 aprile 2007, il funzionario incaricato ha indicato: " Per _____ Chiama l’avv. _____ perché vuole fissare un appuntamento con te per parlare del caso dell’assicurata. Ha detto se puoi chiamarlo al numero (…) Lui proponeva il 7 maggio 2007 però ho detto che deve parlare con te.” (Doc. 53-1). Con scritto del 2 maggio 2007 l’UAI ha poi proceduto ad inviare direttamente all’allora patrocinatore la decisione del 27 aprile 2007, come da richiesta dell’avv. _____ (doc. 54-1). 2.5. Ai sensi dell'art. 29 cpv. 2 Cost. le parti hanno diritto d'essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, quello di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, quello di poter prendere visione dell'incarto, quello di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (DTF 127 V 431, 127 I 56, 126 V 130; cfr., riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 126 I 16, 124 V 181 e 375 con riferimenti). Per giurisprudenza federale il diritto di essere sentito sancito dall’art. 29 cpv. 2 Cost. non implica il diritto di esprimersi oralmente bensì quello di prendere posizione per iscritto (Pratique VSI 2003 Nr. 97 p. 520; STFA 13 novembre 2002 [4P.195/2002]; Pratique VSI 1993 p. 42; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2003, p. 450; DTF 127 V 494, 125 I 219, 122 II 469), eccezion fatta per i casi in cui una norma scritta prevede espressamente il diritto ad una audizione orale (Pra 2003 Nr. 97 p. 520). Ai sensi dell’art. 42 LPGA le parti hanno diritto di essere sentite e le stesse non devono obbligatoriamente essere sentite prima di decisioni impugnabili mediante opposizione. Il nuovo art. 57 a seconda frase LAI, entrato in vigore il 1° luglio 2006, rinvia

direttamente all’art. 42 LPGA ("L'assicurato ha il diritto di essere sentito conformemente all'art. 42 LPGA"). In merito all’eventuale obbligo da parte dell’amministrazione di convocare un assicurato, l'Alta Corte, con sentenza C 128/04 del 20 settembre 2005 in materia di assicurazione contro la disoccupazione, ha stabilito che: " 1.2 Art. 29 Abs. 2 BV räumt kein Recht auf mündliche Anhörung ein, sondern beschränkt den Gehörsanspruch auf schriftliche Stellungnahmen (Pra 2003 Nr. 97 S. 520 Erw. 2.6; Urteil W. des Bundesgerichts vom 13. November 2002, 4P.195/2002; vgl. BGE 125 I 219 Erw. 9b sowie AHI 1993 S. 41 Erw. 3b betreffend Art. 4 aBV), es sei denn, ein Erlass gäbe ausdrücklich das Recht auf eine mündliche Anhörung (vgl. Pra 2003 Nr. 97 S. 520 Erw. 2.6). Art.

E. 42

ATSG sieht mündliche Anhörungen im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nicht ausdrücklich vor und auch aufgrund des VwVG oder des AVIG ergibt sich kein explizit erwähntes Recht auf eine mündliche Anhörung." Pertanto, la giurisprudenza federale non prevede espressamente il diritto di essere ascoltato oralmente nell’ambito della procedura in materia di assicurazioni sociali. Tale concetto è stato confermato dall’Alta Corte nella sentenza del 30 giugno 2006, pubblicata in DTF 132 V 368s, concernente una vertenza AI, in particolare al consid. 4. Ciò non toglie che, ai fini degli accertamenti istruttori, l’amministrazione può sempre avvalersi dell’audizione dell’assicurato (DTF 132 V 374 consid. 5). 2.6. Nel caso in esame, come visto (cfr. consid. 2.4.), nel progetto di decisione del 26 febbraio 2007, l’UAI ha assegnato all’assicurata 30 giorni per presentare eventuali osservazioni o chiedere un incontro (doc. 40-1). L’assicurata, per il tramite dell’avv. _____ - allora suo rappresentante legale, come da procura del 14 novembre 2006/29 marzo 2007 (doc. 48-2) - con scritto del 15 marzo 2007 ha chiesto all’UAI, “ dopo ricezione dell’incarto e un congruo termine per il suo esame ”, un colloquio personale presso gli uffici dell’amministrazione (doc. 42-1). L’amministrazione ha provveduto ad inviare l’incarto all’avv. _____ in data 29 marzo 2007 (doc. 46-1). Inoltre, con scritto datato 11 aprile 2007, l’amministrazione ha comunicato all’avv. _____ di volere contattare l’UAI “ entro e non oltre 10 giorni ” al fine di fissare il colloquio da lui richiesto, precisando che “ essendo già trascorsi i termini di legge, non saranno concesse ulteriori proroghe ” (doc. 51-1, sottolineatura della redattrice). L’avv. _____, tuttavia, non ha contattato l’UAI nei termini stabiliti, ma ha telefonato all’amministrazione per fissare la data del colloquio richiesto solo il 30 aprile 2007, come emerge dall’annotazione del funzionario incaricato (doc. 53-1). Ora, posto che nel ricorso l’avv. _____ ha indicato di avere ricevuto la lettera dell’11 aprile 2007 il 16 aprile 2007 (doc. I, pag. 3), i 10 giorni fissati dall’amministrazione - termine improrogabile - scadevano giovedì 26 aprile 2007. L’avv. _____, tuttavia, essendo assente all’estero, ha atteso fino a lunedì 30 aprile 2007 prima di telefonare all’UAI al fine di chiedere un colloquio. Al riguardo, occorre sottolineare che un invio raccomandato è reputato notificato al momento in cui il destinatario l’ha ricevuto. Nel caso in cui il destinatario non è reperibile e perciò un invito di ritiro è stato depositato nella sua bucalettera o nella sua casella postale, l’invio raccomandato è considerato notificato al momento in cui avviene il ritiro; se ciò non avviene entro la scadenza del termine di ritiro, che è di sette giorni, l’invio si considera notificato allo scadere di questo periodo (cfr. Condizioni generali della posta "servizi postali", cifra 2.3.7. dell'edizione di gennaio 2001). Generalmente un secondo invio e la susseguente ricezione non modificano tale risultato; essi sono giuridicamente irrilevanti (DTF 119 V 94 consid. 4b/aa con riferimenti). Questa finzione di notifica vale tuttavia nell'ipotesi in cui il soggetto di diritto debba ragionevolmente attendersi, secondo il

principio della buona fede, che un'intimazione sarebbe potuta realizzarsi. In tale evenienza l'interessato deve fare in modo che gli atti connessi possano essergli agevolmente notificati, comunicando correttamente e tempestivamente il suo nuovo recapito (cfr. STFA del 13 febbraio 2001 nella causa P.S., H 338/00; DTF 119 V 94 consid. 4b/aa; DTF 117 V 132 consid. 4a; DTF 116 Ia 92 consid. 2a). Secondo costante giurisprudenza federale affinché un atto possa essere ritenuto notificato non è poi necessario che il diretto interessato lo ritiri, a tal fine è sufficiente che l'atto entri nella sua sfera d'azione (cfr. DTF 122 I 139 consid. 1, pag. 142-144). Nel caso di specie, analogamente alla giurisprudenza appena citata, l'avv. _____, che si doveva attendere l'invio di corrispondenza da parte dell'UAI - avendo egli stesso chiesto la fissazione di un appuntamento per un colloquio al fine di presentare le proprie osservazioni riguardo al progetto di decisione del 26 febbraio 2007 – avrebbe dovuto fare in modo che gli scritti dell'amministrazione potessero essergli agevolmente notificati, nonostante la sua assenza all'estero, delegando eventualmente ad una terza persona il compito di ritirare la corrispondenza e di informarlo in merito ad eventuali comunicazioni urgenti, come ad esempio il fatto di dovere contattare l'UAI entro il termine improrogabile di 10 giorni. Non avendolo fatto, nonostante abbia indicato di avere ricevuto (lui o chi per lui) lo scritto dell'UAI in data 16 aprile 2007, egli non può quindi, secondo questo Tribunale, far valere una violazione del diritto di essere sentito dell'assicurata, per il fatto che l'amministrazione ha emanato la decisione formale del 27 aprile 2007 senza prima concedere all'interessata la possibilità di esprimersi personalmente, tramite un colloquio presso l'UAI. Il TCA può pertanto entrare nel merito dell'impugnativa. Nel merito 2.7. Il 1° gennaio 2008 è entrata in vigore la 5a revisione della LAI (RU 2007 5148). Occorre qui rilevare che per quanto concerne le norme di diritto materiale, in assenza di disposizioni transitorie, nel diritto delle assicurazioni sociali sono determinanti quei disposti in vigore al momento in cui si è realizzata la fattispecie che esplica degli effetti (DTF 129 V 4 consid. 1.2.; 127 V 466 consid. 1). Dal momento che nel caso in esame lo stato di fatto giuridicamente determinante è realizzato antecedentemente al 1° gennaio 2008, le modifiche della 5a revisione della LAI non sono applicabili. Ne consegue che gli articoli della LAI citati in seguito fanno riferimento al tenore valido sino al 31 dicembre 2007. 2.8. Il TCA è chiamato a stabilire se l'amministrazione era legittimata oppure no a negare all'assicurata il diritto a una rendita di invalidità. 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; 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). Al proposito va infine ancora rilevato che, secondo la giurisprudenza del TFA, per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione (rispettivamente, in regime di LPGA, decisione su opposizione) e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222, cfr. anche cfr. STFA inedite 26 giugno 2003 nella causa R consid. 3.1, I 600/01; 3 febbraio 2003 nella causa R, I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24; 18 ottobre 2002 nella causa L consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02 e cfr. anche STFA inedita 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 2.9. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che é decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. consid. 3b, I 148/98; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 2003, pag. 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 questi 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, del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007 il Tribunale federale (TF) ha ribadito che "(…) il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista in psichiatria, poggiata sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396 segg.; cfr. pure la recente sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (…)" (STF del 4 luglio 2007, I 384/06). 2.10. Nel caso in esame, con lo scopo di accertare in maniera approfondita lo stato di salute dell'assicurata, l'Ufficio AI ha affidato al SAM il mandato di esperire una perizia pluridisciplinare. In tale ambito, i medici del SAM hanno valutato sia la patologia psichiatrica (dr. _____), sia quella ginecologica (dr. _____). L'aspetto psichiatrico è stato vagliato dal dr. _____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale, nel suo referto del 12 gennaio 2007, ha posto le diagnosi di "disturbo di personalità non specificato (ICD10-F60.9); elaborazione di sintomi fisici per ragioni psicologiche (nevrosi da compenso) (ICD10-F68.0)" (cfr. doc. 38-20). Il dr. _____ ha rilevato che queste diagnosi non sembrano influenzare significativamente la capacità lavorativa nell'ambito dell'ultima attività svolta, visto che l'assicurata ha riferito di avere dovuto smettere di lavorare a causa dei dolori al basso addome e tenuto conto del fatto che ella non è mai stata in cura presso uno psichiatra (doc. 38-20). Lo specialista ha poi aggiunto che la diminuzione della capacità lavorativa in qualità di ausiliaria di pulizie " si può spiegare soltanto con la sindrome algica, mentre i problemi caratteriali non sono sufficienti per giustificare la diminuzione della capacità lavorativa " (doc. 38-20). Il dr. _____ ha ritenuto che le possibilità terapeutiche, da un punto di vista psichiatrico, sono difficilmente individuabili, evidenziando che " è molto difficile nell'ambito di un consulto definire correttamente una incapacità lavorativa dal solo punto di vista psichiatrico " (doc. 38-20). Lo specialista ha poi concluso che dei provvedimenti di integrazione professionale non appaiono proponibili, visto il particolare tenore della sua agitazione. Quanto alla possibilità per l'assicurata di svolgere altre attività, il dr. _____ ha rilevato che " non sono in grado di definire con certezza le possibilità di svolgere qualche altra attività. Per rispondere a questa domanda ci vorrebbe un esame supplementare in forma di una perizia psichiatrica " (doc. 38-22). Infine, in una nota, il dr. _____ ha segnalato di essere stato contattato telefonicamente l'11 gennaio 2007 dal marito dell'assicurata, il quale, con toni piuttosto aggressivi, pretendeva una immediata stesura del rapporto e la sua immediata consegna, invocando difficoltà finanziarie. Il dr. _____

ha rilevato che il tono e il contenuto delle rivendicazioni lasciavano intendere che “ queste persone si aspettano una rendita e in questo vedono la soluzione dei loro problemi ”, aggiungendo che “ oltre al sollecito del rapporto ha pure voluto sapere quale fosse la mia conclusione. Si è trattato quindi di uno scontro verbale che avrebbe potuto incidere notevolmente sulle mie conclusioni sovraesposte inducendomi a pensare che ho di fronte persone che pensano che tutto gli sia dovuto ” (doc. 38-22). L’aspetto ginecologico è stato vagliato dal dr. _____, Primario di ginecologia e ostetricia all’Ospedale _____ di _____, il quale, nel suo rapporto peritale del 21 dicembre 2006, ha posto le diagnosi specialistiche di “stato dopo isterectomia vaginale con posa di TVT il 29 marzo 2000 per dolori addominali cronici e incontinenza urinaria da sforzo; stato dopo resezione infrapubica bilaterale del nastro di TVT il 6 gennaio 2004 per fistola persistente; stato dopo laparoscopia pelvica con resezione di aderenze nel febbraio 2004; cistocele di I° grado, rettocele in situ senza enterocele; incontinenza da sforzo di primo grado; disturbi vescicali e dolori addominali di origine non chiara” (doc. 38-14). Il dr. _____ ha evidenziato che i dolori all’addome risentiti dalla paziente non possono, dal punto di vista ginecologico, giustificare un’incapacità lavorativa, dato che non sono oggettivabili, ad eccezione dell’incontinenza da sforzo, la quale comunque non giustifica un’incapacità lavorativa del 100% (doc. 38-15). Quanto alle possibilità terapeutiche, il dr_____ ha ritenuto che l’unica possibilità di migliorare l’incontinenza sarebbe di verificare con un esame urodinamico il grado di incontinenza urinario e discutere con uno specialista se un intervento potrebbe migliorare la problematica; gli altri disturbi dell’assicurata sono stati per contro già sottoposti a diverse terapie, senza alcun tipo di miglioramento e quindi non vi è da aspettarsi alcun miglioramento futuro (doc. 38-15). Il dr. _____ ha poi considerato che l’interessata non sia in grado di svolgere altre attività. Infine, il dr. _____ ha rilevato che dopo essersi intrattenuto a lungo con l’interessata, logorroica e fissata sui suoi disturbi vescicali e addominali, “ non ho l’impressione che la stessa abbia intenzione di volere ricominciare a lavorare, anche se dal punto di vista oggettivo non ho una ragione a livello ginecologico per un’invalidità ” (doc. 38-16). Globalmente, quindi, nel rapporto peritale del 24 gennaio 2007, i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle visite ambulatoriali della ricorrente presso il citato centro d’accertamento, hanno escluso la presenza di diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa, mentre quali diagnosi senza ripercussioni sulla capacità lavorativa hanno indicato quelle di “disturbo di personalità non specificato (ICD10-F60.9); elaborazione di sintomi fisici per ragioni psicologiche (nevrosi da compenso) (ICD10-F68.8); cistocele di primo grado e rettocele in situ senza enterocele con/su incontinenza da sforzo di primo grado, pregressa isterectomia vaginale con posa di TVT (29.03.2000) per dolori addominali cronici ed incontinenza urinaria da sforzo, pregressa resezione infrapubica bilaterale del nastro TVT (6.01.2004) per fistola persistente, disturbi vescicali e dolori addominali di origine non chiara; diabete mellito tipo 2; ipertensione arteriosa (trattata); obesità con BMI 30; insufficienza venosa cronica stadio I; sindrome lombovertebrale” (doc. 38-10). Quanto alla capacità lavorativa, i medici del SAM hanno considerato l’assicurata pienamente abile al lavoro sia come ausiliaria di pulizie e aiuto-cucina, sia in attività leggere e medie, che non richiedano una visione binoculare, con al massimo una riduzione del rendimento del 5%-10% per tener conto della necessità di brevi pause per l’autocontrollo glicemico e per gli spuntini al di fuori dei pasti principali (doc. 38-12). Nel suo rapporto medico del 7 febbraio 2007 il dr. _____ del SMR, medico generico (sul diritto per gli assicurati di conoscere la specializzazione dei medici del SMR, cfr. SVR 2008 IV Nr. 13) , ha osservato:

" (...) Perizia SAM (24.01.2007) con valutazione specialistica ginecologica e psichiatrica. Ginecologica: reperto blando, con incontinenza urinaria modica sotto sforzo, dopo interventi (isterectomia, sospensione vescicale con nastro poi asportato). I dolori non sono spiegati. Non è giustificata una IL. Valutazione psichiatrica: non si ravvisano componenti psichiatriche con influsso sulla CL. La valutazione è particolareggiata, con un'anamnesi approfondita, l'esame clinico è ben descritto. Non si evidenzia una patologia psichiatrica maggiore. Si evidenzia un comportamento con aspetti rivendicativi, il perito pone anche la diagnosi di elaborazione di sintomi fisici per ragioni psicologiche (nevrosi da compenso). Merita una discussione il P.S. della valutazione psichiatrica: il perito dice di essere stato sollecitato dal marito dell'A. in modo poco urbano e che ciò avrebbe potuto influire sulla sua valutazione. Leggendo il rapporto trovo che la raccolta dell'anamnesi, la descrizione dello status e le valutazioni sono coerenti e ritengo che le conclusioni siano da accettare. Inoltre questa valutazione è nell'ambito di una perizia globale, vagliata dai periti SAM con le cui conclusioni concordo. In conclusione, è giustificato ritenere che la IL sia al massimo 10%, dovuta ad un minore rendimento, più che per gli spuntini e per il controllo della glicemia per i disturbi della sfera ginecologica-urologica dell'A. Da valutare se è anche casalinga. In base alla perizia SAM non giustificata una IL." (Doc. 39-2) In una comunicazione per l'incarto del 26 febbraio 2007 il funzionario incaricato ha osservato: " Considerata la situazione economica della famiglia (al beneficio di assegni familiari e di prestazioni assistenziali – il marito non lavora) ritengo giustificato considerare l'assicurata unicamente quale salariata. In assenza del danno alla salute, avrebbe in effetti dovuto esercitare un'attività a tempo pieno. Si ricorda che i figli hanno già _____ e _____". (Doc. 41-1) 2.11. Con il ricorso, l'assicurata ha prodotto nuova documentazione medica e meglio: - scritto del 12 settembre 2006 della dr.ssa _____, che traduce in italiano quanto attestato dal PD dr. _____, specialista in urologia di _____, del seguente tenore: " Visita specialistica nello studio urologico del PD dr. med. specialista in urologia, _____, _____. Diagnosi: o stato dopo isterectomia vaginale senza asportazione delle ovaie; o stato dopo posa TVT nel marzo 2000; o stato dopo asportazione di TVT a Lucerna nel 2004 (febbraio); o stato dopo asportazione delle aderenze per via di laparoscopia pelvica (febbraio 2004); o cystorectocele; o sindrome della vescica dolente ("painfull bladder sindrome"); o dolori pelvici cronici ("chronic pelvis pain"); o incontinenza urinaria da stress. Urina: sterile Biopsia della mucosa della vescica: segni di infiammazione cronica aspecifica di lieve intensità. Conclusione: sulla base dell'esame ginecologico ed urologico si tratta di un dolore cronico pelvico cioè di una sindrome di svuotamento doloroso della vescica. Riguardo il cystorectocele di stadio (G I-II), non vi sono indicazioni per una correzione chirurgica. Consiglio un trattamento di iniezioni della submucosa del trigono e della base della vescica urinaria con Botulinum A tossina in anestesia generale. Questi trattamenti vengono eseguiti in pochi centri europei e si fanno durante un giorno di ricovero." (Doc. G9) - scritto del 15 gennaio 2007 della dr.ssa _____ alla dr.ssa _____ della _____, chiedendo di convocare l'assicurata per procedere alle iniezioni di botulino prescritte dal medico di _____ (doc. G11). - certificato medico del 6 marzo 2007 della dr.ssa _____, la quale attesta che l'assicurata è inabile al lavoro al 100% a causa di diabete scompensato ed importanti dolori che impediscono alla paziente di eseguire qualsiasi attività (doc. G14). Al riguardo, nelle sue annotazioni del 20 giugno 2007, il dr. _____ del SMR, spec. FMH in medicina generale, ha osservato: " Operaia pulitrice 2 ore al giorno / casalinga da valutare quale salariata al 100% (vedi nota del 26.2.2007). Richiesta AI 9.2004 per patologia ginecologica

Dr. _____: diagnosi: cistorectocele dolorosa in stato dopo 4 interventi uretrite cronica stato depressivo diabete mellito IL 100 % dal 10.6.2003 Dr. _____, servizio di anestesiologia, 16.6.2005: diagnosi: doloro pelvici cronici in stato dopo isterectomia e infetti pelvici recidivanti - quadro sospetto per problematica extra-organica il SMR richiede perizia SAM perizia SAM 12.2006: non viene evidenziata patologia psi invalidante Diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa Disturbo di personalità non specificato, F 60.9. Elaborazione di sintomi fisici per ragioni psicologiche (nevrosi da compenso) F 68.8. Cistocele di primo grado e rettocele in situ senza enterocele con/su: > incontinenza da sforzo di primo grado, > pregressa isterectomia vaginale con posa di TVT (29.03.2000) per dolori addominali cronici ed incontinenza urinaria da sforzo, > pregressa resezione infrapubica bilaterale del nastro TVT (6.01.2004) per fistola persistente, > disturbi vescicali e dolori addominali di origine non chiara. Diabete mellito tipo 2. Ipetensione arteriosa (trattata). Obesità con BMI 30. Insufficienza venosa cronica stadio I. Sindrome lombovertebrale. In conclusione assenza di IL dal punto di vista medico Progetto di decisione del 26.2.2007: nessun diritto a rendita AI, progetto confermato con decisione del 27.4.2007. Valutazione: La documentazione medica inviata in sede di ricorso non contiene nuovi elementi di rilievo. Risulta unicamente che è previsto un tentativo di trattamento della problematica vescicale con tossina di botulino. In conclusione assenza di modifiche di rilievo dello stato di salute rispetto al momento della perizia SAM le cui conclusioni vanno confermate." (Doc. VI/2) L'assicurata ha poi trasmesso ulteriori certificati medici, vale a dire: - scritto del dr. _____, tradotto dalla dr.ssa _____, del seguente tenore: " 24.02.2004-1.3.2004 Dg: stato dopo isterectomia vaginale, sub-occlusione. Cisti ovarica destra. Op: Laparoscopia esplorativa, resezione delle briglie, lisi delle adesioni, ablazione della cisti, drenaggio La paziente è stata ammessa per laparoscopia esplorativa, con anamnesi di occlusione cronica da qualche mese. Il decorso post-operatorio si è svolto senza complicazioni." (Doc. XXI/1) - certificato medico dell'8 giugno 2007 della dr.ssa _____, che attesta la necessità per l'assicurata di un aiuto domiciliare due volte alla settimana (doc. L). - scritto del 28 giugno 2007 del dr. _____, spec. in oftalmologia, il quale ha escluso l'esistenza di una retinopatia (doc. M3). Nelle sue annotazioni dell'8 agosto 2007, il dr. _____ ha così commentato la nuova documentazione medica prodotta dall'insorgente: " Vedi nota riassuntiva del 20.6.2007 Attualmente vengono ancora presentati: - rapporto confermante avvenuta degenza ospedaliera dal 24.2.2004 al 1.3.2004 con esecuzione di laparascopia con decorso privo di complicazioni - rapporto dr. _____, oftalmologo, del 28.6.2007: in pratica risulta una forte riduzione del visus a livello dell'occhio sinistro in stato dopo trauma da bambina mentre all'occhio destro vi è un visus del 100%. Viene espressamente esclusa la presenza d'una retinopatia. Valutazione: l'attuale documentazione non apporta nuovi elementi. La riduzione del visus a sinistra era ben nota in occasione della perizia SAM. L'assicurata presenta questo impedimento dalla tenera età, problematica che non è d'impedimento nell'attività abituale di ausiliaria di pulizia o di aiuto cucina, attività svolte in passato senza impedimento dal lato oculare. Prive di riscontro oggettivo medico le indicazioni dell'avvocato circa un danno oculare derivante dal diabete o dall'ipertensione arteriosa." (Doc. XI/bis) L'assicurata ha poi prodotto il referto dell'8 maggio 2007 redatto dai medici della Clinica universitaria _____ di _____, i quali hanno riscontrato l'esistenza di una lieve incontinenza da stress, sottolineando che non è possibile trovare la causa dei dolori cronici dell'assicurata, sconsigliando un trattamento con tossina di botulino (doc. N19). Nelle sue annotazioni del 4 ottobre 2007 il dr. _____ ha evidenziato: " Assicurata peritata in ambito SAM

12.2006: Diagnosi invalidanti: - nessuna Diagnosi non invalidanti: Disturbo di personalità non specificato, F 60.9. Elaborazione di sintomi fisici per ragioni psicologiche (nevrosi da compenso) F 68.8. Cistocele di primo grado e rettocele in situ senza enterocele con/su: - incontinenza da sforzo di primo grado, - pregressa isterectomia vaginale con posa di TVT (29.03.2000) per dolori addominali cronici ed incontinenza urinaria da sforzo. - pregressa resezione infrapubica bilaterale del nastro TVT (6.01.2004) per fistola persistente, - disturbi vescicali e dolori addominali di origine non chiara. Diabete mellito tipo 2. Ipertensione arteriosa (trattata). Obesità con BMI 30. Insufficienza venosa cronica stadio I. Sindrome lombovertebrale. Progetto di decisione del 26.2.2007: nessun diritto a rendita, decisione confermata con decisione del 26.7.2007 vedi anche nota SMR del 20.6.2007 ulteriori documenti medici trasmessi: rapporto oculistico dr. _____ del 28.6.2007: - assenza di retinopatia diabetica - visus OS molto ridotto in stato dopo trauma all'età di 3 anni rapporto _____ del 8.5.2007: referti: - lieve incontinenza da stress - non è possibile trovare la causa dei dolori cronici - si sconsiglia un trattamento con tossina di botulino Valutazione: l'attuale documentazione non apporta nuovi elementi clinici rispetto alla valutazione SAM. Quindi assenza di modifica dello stato di salute dell'assicurata rispetto alla valutazione SAM, valutazione che risulta completa ed esaustiva." (Doc. XVIII/bis) In data 3 ottobre 2007 la dr.ssa _____ ha attestato: " Stendo il certificato su richiesta della paziente. Durante le ultime visite e cioè dal mese di giugno di quest'anno la paziente presenta un netto aumento dei valori delle glicemie e della pressione arteriosa malgrado la stessa, importante terapia. Molto probabilmente questo peggioramento è dovuto all'aumento dei dolori o all'abbassamento della soglia del dolore." (Doc. XIX) Con scritto del 18 dicembre 2007 indirizzato al dr. _____, spec. FMH in urologia, il dr. _____, spec. FMH in urologia di _____ ha indicato: " Ho letto attentamente il dossier della tua paziente e penso che un tentativo di neurostimolazione sia fattibile. I risultati in questo tipo di indicazione sono meno buoni che nella vescica iperattiva, ma vale la pena comunque di fare un tentativo, visto che si tratta di una terapia “minimal invasive”. Troverai in allegato un dossier sulla terapia. Ho aggiunto anche delle informazioni sulla TUNA, per il trattamento dell’ipertrofia prostatica. In fine settimana ti chiamo per i dettagli organizzativi.” (Doc. XXIV) 2.12. P erché 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 (STFA 26 agosto 2004 nella causa G.S., I 355/03, consid. 5; STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 ed S., U 330/01; DTF 125 V 352, 122 V 160; Meyer■Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, p. 31; DTF 125 V 352 ; Pratique VSI 2001 p. 108, 1997 p. 123; STFA 18 marzo 2002 nella causa M., I 162/01). 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, 122 V 161, 104 V 212; STFA 14 aprile 1998 nella causa O.B.; STFA 28 novembre 1996 nella causa G.F.; STFA del 24 dicembre 1993 nella causa S.H.; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189). In un'altra sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo l'Alta

Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. 22 maggio 1995 in re A. C; cfr. anche DTF 123 V 178; Pratique VSI 2001 p. 110). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). In DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV 10, pp. 33ss.), 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 (DTF 125 V 352). 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 (DTF 125 V 354) . Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAK 1986 p. 188; RAMI 1993 p. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 p. 109; STFA 26 agosto 2004 nella causa G.C., I 355/03). Il TFA, in una sentenza I 938/05 del 24 agosto 2006 si è espresso sul valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell’ambito dell’assicurazione per l’invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante e il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell’occasione l’Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (…) 3.2 L 'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (…)" (consid. 3.2) Infine, va 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 pag. 628- 629, in particolare la nota 158, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e can tonali, 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 pag. 105 ss), in ambito

psichiatrico l’esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all’insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001 nella causa A., inc. 32.1999.124). 2.13. Nel caso di specie, questo Tribunale, chiamato a verificare innanzitutto se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall’amministrazione prima dell’emissione della decisione qui impugnata, dopo attento esame della fattispecie, non ha motivi per mettere in dubbio la valutazione effettuata dai medici del SAM, che soddisfa i requisiti posti dalla giurisprudenza affinché un rapporto medico abbia pieno valore probatorio (cfr. consid. 2.12.) e può quindi validamente servire da base al presente giudizio senza che si riveli necessario procedere ad ulteriori misure d’istruzione (perizia medica giudiziaria). I medici del SAM hanno in effetti tenuto conto delle singole affezioni invalidanti di cui l’assicurata è affetta, giungendo ad una conclusione logica e priva di contraddizioni in merito alla capacità lavorativa del 100% nella precedente professione di ausiliaria di pulizie e aiuto cucina e in altre attività leggere e medie, con al massimo una diminuzione del rendimento del 10% a causa delle brevi pause di cui necessita per i controlli glicemici. Tali conclusioni sono poi state fatte proprie dal dr. _____ e dal dr. _____ del SMR. Il dr. _____ ha approfonditamente vagliato le problematiche psichiche, constatando la presenza di un disturbo di personalità non specificato e di un’elaborazione di sintomi fisici per ragioni psicologiche (nevrosi da compenso). Sulla base delle sue constatazioni, lo specialista ha ritenuto che l’assicurata non presenti, per motivi psichici, una diminuzione della capacità lavorativa nella sua precedente professione, così come in qualità di casalinga, precisando che “ la diminuzione della capacità lavorativa in qualità di ausiliaria si può spiegare soltanto con la sindrome algica, mentre i problemi caratteriali non sono sufficienti per giustificare la diminuzione della capacità lavorativa ” (doc. 38-20). Il dr. _____ ha pure sottolineato l’atteggiamento rivendicativo dell’assicurata, che lascia l’impressione di una “ importante nevrosi da indennizzo ” (doc. 38-20). Nel suo rapporto medico del 7 febbraio 2007 il dr. _____ del SMR ha sottolineato come la valutazione psichiatrica peritale sia particolareggiata, con un’anamnesi approfondita ed un esame clinico ben descritto. Il medico SMR ha rilevato che il perito non ha evidenziato una patologia psichiatrica maggiore, sottolineando gli aspetti rivendicativi dell’assicurata e l’esistenza di una nevrosi da compenso. Il dr. _____ ha poi messo in evidenza il fatto che, come indicato in calce alla perizia del dr. _____, il perito ha ricevuto un sollecito da parte del marito dell’assicurata, ciò che avrebbe potuto influire sulla sua valutazione. Il dr. _____ ha tuttavia sottolineato che leggendo il rapporto peritale del dr. _____, risulta che la raccolta dell’anamnesi, la descrizione

dello status e la valutazione sono coerenti e le conclusioni del perito sono quindi da accettare, ricordato che questa valutazione è poi stata vagliata dai medici del SAM nell'ambito di una perizia globale (doc. 39-2). Il TCA condivide queste considerazioni del medico del SMR. Questo Tribunale non ha quindi motivo per distanziarsi dalle conclusioni alle quali è giunto il dr. _____, che non sono state del resto smentite in sede ricorsuale da altri certificati medico-specialistici attestanti delle patologie psichiatriche invalidanti. Va qui ricordato che se, da una parte, la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). Analogo discorso vale con riferimento alle problematiche ginecologiche, approfonditamente valutate dal dr. _____, il quale ha giudicato che i dolori dell'assicurata non sono oggettivabili, ad eccezione dell'incontinenza da sforzo, che comunque non giustifica un'incapacità lavorativa del 100% (doc. 38-15). Il dr. _____ ha concluso il suo referto peritale evidenziando che " dopo essermi intrattenuto a lungo con la paziente, molto logorroica e fissata sui disturbi vescicali (non l'incontinenza) e addominali, non ho l'impressione che la stessa abbia intenzione di voler ricominciare a lavorare anche se dal punto di vista oggettivo non ho una ragione a livello ginecologico per un'invalidità " (doc. 38-16, sottolineatura della redattrice). Il TCA non ha motivo per scostarsi neppure da questa valutazione specialistica, che non è stata contraddetta dai numerosi certificati medici prodotti dall'assicurata in corso di causa. Come giustamente osservato dal dr. _____ del SMR nel suo rapporto medico del 7 febbraio 2007, il reperto ginecologico è blando, con la presenza di una modica incontinenza urinaria da sforzo e di dolori che non sono spiegabili e che quindi non giustificano un'inabilità lavorativa (doc. 39-2). Quanto alla asserita mancata valutazione peritale delle problematiche urologiche, invocata dall'avv. _____ e dall'assicurata, il TCA constata che, agli atti, non sono presenti dei certificati medico-specialistici attestanti delle patologie urologiche invalidanti. Nella copiosa documentazione medica dell'incarto, infatti, si trova uno scritto del 28 aprile 2005 del dr. _____, spec. FMH in urologia, inviato alla dr.ssa _____, nel quale lo specialista in urologia, dopo aver posto le diagnosi di "sindrome algica pelvica; stato dopo isterectomia; cisti ovarica destra; stato dopo posa e asportazione del TVT", ha rilevato di non avere " trovato nessuna spiegazione urologica che potesse spiegare i dolori pelvici e sovrapubici descritti dalla tua paziente " (doc. G7.1). Inoltre, l'assicurata ha prodotto lo scritto del dr. _____ di _____, spec. in urologia - tradotto in italiano dalla dr.ssa _____ - il quale ha consigliato un trattamento con iniezioni di botulino. Lo specialista non ha tuttavia attestato la presenza di patologie invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa dell'assicurata, limitandosi a constatare l'esistenza di un dolore cronico pelvico (sindrome di svuotamento doloroso della vescica), consigliando delle iniezioni con botulino (doc. G9). Tale certificato, come rilevato dal dr. _____ nelle sue annotazioni del 20 giugno 2007, non apporta nuovi elementi di rilievo in grado di incidere sulla valutazione della capacità lavorativa dell'interessata (doc. VI/2). Anche il referto dei medici della Clinica _____ dell'8 maggio 2007 non giustifica un diverso apprezzamento

della capacità lavorativa residua dell’assicurata: come spiegato dal dr. _____, nelle sue annotazioni del 4 ottobre 2007, tale certificato ribadisce la presenza di una lieva incontinenza da stress (già rilevata durante la perizia del SAM), sottolineando che non è possibile trovare la causa dei dolori cronici dell’interessata e sconsigliando le iniezioni di botulino proposte dal medico di _____ (doc. XVIII/bis). Questo referto medico dei medici della Clinica _____ conferma quindi quanto già valutato dal dr. _____ in sede peritale, laddove ha sottolineato che i dolori dell’assicurata non sono oggettivabili (cfr. doc. 38-15). Inoltre, anche lo scritto del 18 dicembre 2007 del dr. _____ al dr. _____ non indica la presenza di patologie urologiche invalidanti, limitandosi a proporre un tentativo di trattamento tramite neurostimolazione (doc. XXIV). Essendo tale referto successivo alla decisione impugnata (del 27 aprile 2007) - data che delimita il potere cognitivo del giudice - l’eventuale presenza di affezioni invalidanti potrà essere fatta valere dall’assicurata in sede di nuova domanda. Si ricorda infatti alla ricorrente che il presente giudizio non pregiudica eventuali suoi diritti nei confronti dell’assicurazione federale per l’invalidità insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento impugnato, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4). Con riferimento allo scritto del 3 ottobre 2007 della dr.ssa _____ - la quale ha attestato che dal mese di giugno 2007 l’assicurata ha presentato un netto aumento dei valori delle glicemia e della pressione arteriosa, aggiungendo che probabilmente questo peggioramento è dovuto all’aumento dei dolori e all’abbassamento della soglia del dolore (doc. XIX) - questo Tribunale rileva che, a prescindere dal valore probatorio o meno di tale certificato medico della curante, lo stesso è comunque successivo alla decisione impugnata e non può quindi essere considerato. V a qui ricordato, infatti, che p er costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione deferitagli sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa venne emanata – in concreto il 27 aprile 2007 – quando si ritenga che fatti verificatisi ulteriormente possono imporsi quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione resa (SVR 2003 IV n. 25 consid. 1.2; DTF 130 V 140 e 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 121 V 366 consid. 1b). In concreto, l’eventuale peggioramento dello stato di salute dell’interessata sarà, se del caso, da far valere tramite la presentazione di una nuova domanda. Infine, il presunto danno oculare derivante dal diabete o dall’ipertensione arteriosa dell’interessata, invocato dall’avv. _____ (cfr. doc. IX), non può essere condiviso dal TCA. Come correttamente rilevato dal dr. _____ nelle sue annotazioni dell’8 agosto 207, infatti, la riduzione del visus a sinistra, attestata dal dr. _____ (cfr. doc. M3), era ben nota al momento della perizia SAM, ritenuto che l’assicurata presenta questo impedimento fin dalla tenera età, senza che ciò abbia mai comportato degli impedimenti nello svolgimento della sua attività di ausiliaria di pulizie e aiuto cuoca. Inoltre, il dr. _____ ha sottolineato che “ è privo di riscontro oggettivo medico ” il presunto danno oculare derivante dal diabete o dall’ipertensione arteriosa dell’interessata (doc. XI/bis). Queste considerazioni del medico SMR possono essere condivise dal TCA. Tutto ben considerato, dunque, a mente del TCA non vi sono motivi per distanziarsi dalle conclusioni dei medici del SAM, alle quali deve essere attribuita, secondo la giurisprudenza citata in precedenza (cfr. consid. 2.12.), forza probatoria piena, in quanto approfondite, complete e motivate. Pertanto, stante quanto sopra esposto, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die

Pflicht zur Selbstverantwortung, Friborgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali, che l'assicurata sia abile al lavoro al 90% nella sua precedente attività e in qualsiasi altra attività adeguata. In queste condizioni , questo Tribunale, constatato che l'assicurata conserva una capacità lavorativa residua del 90% nella sua precedente attività di ausiliaria di pulizie e aiuto cuoca, nella quale è in grado di conseguire, mettendo a frutto la sua capacità lavorativa residua, un reddito corrisponde al 90% del reddito realizzabile senza il danno alla salute (100%), ritiene che l'incapacità lucrativa della ricorrente ammonta al 10%, ciò che è insufficiente per fare nascere il diritto a una rendita di invalidità dell'AI (cfr. art. 28 cpv. 1 LAI). La decisione impugnata deve quindi essere confermata e il ricorso respinto. 2.14. L'assicurata ha chiesto che venga eseguita una perizia giudiziaria, oltre all'audizione testimoniale dei curanti (I). Va qui ricordato che, q uando 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. Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechts-pflege des Bundes, pag. 47 n. 63, Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274, si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41; 122 III 223 consid. 3; 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Nel caso in esame, essendo la documentazione agli atti sufficiente per statuire nel merito della vertenza, secondo questo Tribunale non è necessario procedere ad ulteriori provvedimenti probatori . Non è pertanto necessario procedere né alla perizia, né all'audizione testimoniale dei curanti richieste. 2.15. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 200.-- sono poste a carico dell'assicurata ricorrente.

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