

TI_GERICHTE 32.2007.321 vom 12. Januar 2006

TI Tribunale d'appello, 2006-01-12, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2007.321_d20060112

FR: TI_GERICHTE 32.2007.321 du 12 janvier 2006

IT: TI_GERICHTE 32.2007.321 del 12 gennaio 2006

Regeste

Negata rend.AI.Per quanto concerne esigib.lavor.,perizia psi allestita da medico non cognito della lingua madre dell'ass.ma con aiuto di suo figlio non è in casu un motivo per ult.perizia nella lingua dell'ass.o con traduttore.In attiv.adequate abile al 80%.Tasso di inval.anche con decurt.del25%=15%

Erwägungen

E. 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, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti). In una sentenza pubblicata in DTF 130 V 352 l'Alta Corte ha precisato i criteri per poter concludere che un disturbo da dolore somatoforme provoca un'incapacità di guadagno duratura. Tali criteri sono stati così riassunti dal TFA in un'altra sentenza del 23 aprile 2004, in lingua italiana, nella causa N. (I 404/03), nella quale il TFA si è così espresso: " 6.2. A determinate condizioni, anche un disturbo da dolore somatoforme - rientrando nella categoria delle affezioni psichiche, per le quali l'allestimento di una perizia psichiatrica si rende normalmente necessario al fine di stabilirne le ripercussioni economiche - può causare una incapacità lavorativa (cfr. sentenza del 12 marzo 2004 in re N., I 683/03, consid. 2.2.2, destinata alla pubblicazione nella Raccolta ufficiale [ndr.: pubblicata in DTF 130 V 352]). Secondo giurisprudenza, ancora recentemente confermata,

un disturbo somatoforme da dolore persistente non è tuttavia, di regola, atto a determinare, in quanto tale, una limitazione duratura della capacità lavorativa suscettiva di dare luogo a un'invalidità ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3; 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., in particolare pag. 81 seg.).

Un'eccezione a questo principio entra in linea di conto soltanto in quei casi in cui il disturbo da dolore somatoforme presenta secondo gli accertamenti medici una gravità tale da rendere in pratica oggettivamente non più esigibile dalla persona assicurata lo sfruttamento della sua capacità lavorativa residua sul mercato del lavoro oppure dove ciò risultasse insostenibile per la società (DTF 102 V 165; VSI 2001 pag. 225 consid. 2b con riferimenti; cfr. pure DTF 127 V 298 consid. 4c in fine). Una simile inesigibilità, da ammettersi soltanto in casi eccezionali, presuppone tuttavia l'esistenza concomitante di una comorbidità psichica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza qualificata di altri criteri, quali ad es. l'esistenza di concomitanti affezioni organiche croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, l'accertamento di un ritiro totale dalla vita sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia (cosiddetto "Krankheitsgewinn") come pure un insuccesso, nonostante gli sforzi profusi, di trattamenti e di provvedimenti riabilitativi. A volte, la presenza di tali fattori permette di ritenere insormontabile il disturbo da dolore somatoforme (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e i riferimenti ivi citati; cfr. pure VSI 2000 pag. 155 consid. 2c).

Da notare ancora che i fattori psicosociali o socioculturali non figurano nel novero delle affezioni alla salute suscettibili di originare un'incapacità di guadagno ai sensi dell' art. 4 cpv. 1 LAI (cfr. sentenza del 29 gennaio 2003 in re P., I 129/02, consid. 3.2, con riferimento ai principi sanciti in DTF 127 V 294). In tale contesto, l'esperto chiamato ad esprimersi deve, sul piano psichiatrico, porre una diagnosi nell'ambito di una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Tenendo conto dei criteri esposti, egli deve così valutare l'esigibilità della ripresa, rispettivamente dell'estensione lavorativa da parte dell'assicurato (VSI 2000 pag. 155 consid. 2c)." Anche in un'altra sentenza del 28 maggio 2004 nella causa B. (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.)." In

una sentenza del 16 dicembre 2004 nella causa J., I 770/03 pubblicata in DTF 131 V 49 l'Alta Corte, dopo avere confermato che l'esame dell'effetto invalidante di un disturbo da dolore somatoforme richiede una verifica completa della situazione sulla base dei criteri summenzionati, ha aggiunto che si devono considerare anche gli elementi a sostegno della non sussistenza dell'obbligo di prestazione sull'assicurazione per l'invalidità. Pertanto, se le limitazioni nell'esercizio di un'attività risultano da un'esagerazione dei sintomi o simili, di regola non sussiste un danno alla salute che dà diritto a prestazioni dell'assicurazione. Questa situazione è data quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (v. Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, con riferimento ad uno studio approfondito di Winckler e Foerster). La nostra Massima Istanza in una sentenza del 19 maggio 2006 nella causa O. (I 873/05), si è confermata nella propria giurisprudenza e l'ha estesa anche al caso della fibromialgia, rilevando: " (...) Ora, il Tribunale federale delle assicurazioni, in una recente sentenza 8 febbraio 2006 in re S. (I 336/04), destinata alla pubblicazione nella raccolta ufficiale (nдр.: pubblicata in DTF 132 V 65), ha stabilito che non vi è motivo per l'amministrazione e il giudice di rimettere in discussione la diagnosi di fibromialgia quand'anche essa sia tema di controversie negli ambienti medici. Ha poi precisato che la fibromialgia presenta numerose similitudini con i disturbi da dolore somatoforme, per cui si giustifica, dal profilo giuridico, e allo stato attuale delle conoscenze, di applicare per analogia i principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia di disturbi da dolore somatoforme qualora si tratti di valutare il carattere invalidante di una fibromialgia. Ciò significa che anche in presenza di fibromialgia si deve presumere che tale affezione o gli effetti della stessa possano essere sormontati facendo gli sforzi personali ragionevolmente esigibili (cfr. DTF 131 V 50 (recte: 49)). Come in tema di disturbi da dolore somatoforme si deve comunque prendere in considerazione la possibile sussistenza di determinati fattori che, per la loro intensità e costanza, rendono la persona incapace di fare simili sforzi. I criteri suscettibili di giustificare una prognosi negativa sono i seguenti: la presenza di una componente psichiatrica importante per la sua gravità, la sua intensità e la sua durata, il perdurare di un processo morboso per più anni senza remissione durevole, l'esistenza di turbe croniche, il verificarsi di una perdita di integrazione sociale in tutte le manifestazioni della vita e la constatazione dell'insuccesso delle cure ambulatorie o stazionarie praticate secondo le regole dell'arte, questo nonostante l'attitudine cooperativa della persona assicurata. In presenza di una componente psichiatrica, si deve tener conto dell'esistenza di uno stato psichico cristallizzato risultante da un processo difettoso di risoluzione di un conflitto conferente comunque un sollievo dal profilo psichico (profitto tratto dalla malattia, fuga nella malattia). Infine, sempre come nel caso di disturbi da dolore somatoforme si deve concludere per l'assenza di un danno alla salute giustificante il diritto a prestazioni qualora le limitazioni legate all'esercizio di un'attività risultino da un'esagerazione dei sintomi. (...)” (STFA del 19 maggio 2006 nella causa O., I 873/05) In una sentenza del 4 luglio 2007 nella causa UAI contro M. e TCA (I 384/06) 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). 2.6. Nell’evenienza concreta la questione relativa alla valutazione dell’esigibilità lavorativa è oggetto di contestazione fra le parti. L’UAI, fondandosi, sul rapporto del Dr. med. _____, allestito all’attenzione dell’assicuratore _____ - i cui contratti sono stati ripresi dal 2005 da _____ - e sul referto del Dr. med. _____ (cfr. doc. 1-3, 31-1), ha ritenuto l’assicurata in grado di svolgere all’80% attività confacenti al proprio stato di salute (cfr. doc. 33-1, 35-1, A). La ricorrente sostiene, invece, sulla base, segnatamente, della valutazione della Dr. med. _____, di presentare un’incapacità al lavoro di grado ben maggiore e che accertamenti medici dal profilo sia della problematica alla schiena, che della patologia psichiatrica si impongono (cfr. doc. I; VII; IX). Chiamata ora a pronunciarsi in merito alla fattispecie, questa Corte rileva che il referto di una TAC del rachide lombare da L3 a S1 del 14 gennaio 2003 ha posto in luce un quadro di modica discopatia degenerativa lombare plurisegmentale con protrusione discale diffusa soprattutto L4/5 con contatto radicolare L5 a destra; non ernia discale e spondilartrosi lombare inferiore modica (cfr. doc. 1-10). Il 16 settembre 2003 è poi stata eseguita una RM lombosacrale, la quale ha evidenziato delle discopatie multisegmentali con piccole ernie discali mediane e versamenti delle articolazioni interapofisarie quale segno indiretto di una certa irritazione, ma nessun segno diretto per una radicolopatia (cfr. doc. 1-11). Il 17 marzo 2004 ha avuto luogo, per conto della _____, un consulto presso il Dr. med. _____, spec. FMH in medicina interna. Dal relativo rapporto, quale diagnosi, risulta una sindrome pan-vertebrale cronica persistente senza sintomi radicolari e un disturbo ansioso-depressivo. Il medico ha, inoltre, affermato che il caso di malattia era iniziato nel settembre 2003 e che a quel momento l’assicurata stava lavorando al 50%, senza che fosse prevedibile un aumento della capacità lavorativa a breve termine. Il Dr. med. _____ ha osservato che se nel corso delle settimane successive la paziente non avesse recuperato un sufficiente benessere per tornare a svolgere il suo abituale lavoro con normale rendimento, sarebbe stato opportuno predisporre una valutazione specialistica peritale presso un reumatologo-fisiatra di fiducia per meglio definire il quadro clinico e soprattutto la prognosi (cfr. doc. 1-13). Il Dr. med. _____, FMH malattie reumatiche, fisiatria e riabilitazione, ha visitato l’assicurata il 15 giugno 2004. Lo specialista ha diagnosticato: " - Sindrome panvertebrale con/da · turbe statiche modiche del rachide (tendenzialmente piatto) · alterazioni degenerative contenute in zona lombare (secondo TAC/RM, punto 3.4.) - Tendenza fibromialgica · contesto psicosociale difficile · evoluzione depressiva? - Obesità (BMI 33) - Ipertensione arteriosa trattata” (doc. 1-7) Il Dr. med. _____, dopo aver precisato che alla discussione con l’insorgente era presente anche il figlio, ha inoltre così valutato il suo stato di salute: " (...) All’origine della presente inabilità lavorativa (attualmente parziale) vi è una sintomatologia dolorosa del rachide (e degli arti specialmente superiori) con una caratteristica parzialmente meccanica (secondo il carico rispettivamente i movimenti) alla quale si aggiunge però una sindrome del dolore cronico nell’ambito di una tendenza alla fibromialgia generalizzata. Quest’ultima potrebbe essere l’espressione di difficoltà nell’adattarsi culturalmente (difficoltà linguistiche importanti anche dopo anni di residenza in Svizzera) o ancora di una franca evoluzione depressiva. Dal profilo prettamente reumatologico vi è una disfunzione vertebrale contenuta in zona lombare con segni di una certa sofferenza muscolo-tendinea nell’ambito di una sindrome vertebrale senza però indizi per una patologia funzionale e/o strutturale maggiore. Non vi sono in particolare segni in favore di complicazioni

neurocompressive, constatazione che combacia anche con i referti radiologici che documentano una certa degenerazione discale nei segmenti lombari senza però alterazioni morfologiche maggiori con particolare riferimento a delle ernie discali (...). Il lavoro svolto comporta regolarmente sforzi fisici, spesso in posizioni corporee difficili per il rachide (spostare pesi, lavorare in flessione lombare continua, ecc.), mansioni solo in parte compatibili con il presente danno alla salute." (doc. 1-7) Lo specialista ha conseguentemente giudicato del 50% l'inabilità lavorativa quale operaia agricola. Egli ha, altresì, attestato che il quadro clinico appariva cronicizzato, che, tenuto conto dell'irreversibilità delle alterazioni degenerative lombari, non si poteva prevedere un aumento della capacità lavorativa nella professione svolta né a corto né a medio termine e che non vi erano cure mediche proponibili atte a modificare tale valutazione. Per quanto attiene alla capacità esigibile, il Dr. med. _____ ha affermato che la paziente poteva alzare pesi dal suolo solo fino a un massimo di 5-8kg circa e non in forma ripetitiva, che lavori in flessione prolungata del rachide dovevano essere interrotti regolarmente (a scadenza di 5-10 minuti al massimo) ed erano esigibili solo in forma ridotta, che movimenti ripetitivi di flessione, estensione o di rotazione del tronco erano possibili in forma leggermente ridotta, che l'assunzione di posizioni corporee statiche era possibile fino a un'ora circa senza interruzione (seduta o in piedi), che non vi erano particolari impedimenti nell'uso delle braccia (salvo lavori manuali sopra l'altezza della testa, esigibili solo in forma ridotta) e delle mani, che gli spostamenti su terreni piani erano possibili normalmente, che era impedita in forma leggera nel camminare su terreni sconnessi. Egli ha, infine, evidenziato che per un'attività lavorativa che possa rispettare quanto sopra la paziente sarebbe stata dal lato medico/teorico abile in forma normale e che questo giudizio non teneva conto di eventuali aspetti non medici che avrebbero potuto ostacolare un reinserimento in un'altra attività professionale, con particolare riferimento alle difficoltà linguistiche (cfr. doc. 1-8, 1-9). L'8 novembre 2004 il Dr. med. _____, FMH in medicina interna e medico curante della ricorrente, ha indicato che la sindrome pan-vertebrale e la tendenza fibromialgica avevano ripercussioni sulla capacità lavorativa della stessa, mentre l'obesità, l'ipertensione arteriosa trattata e la sindrome del tunnel carpale destro non influenzavano la sua abilità al lavoro (cfr. doc. 9-1). Il medico ha certificato un'incapacità lavorativa del 50% per l'ultima attività esercitata quale operaia nel settore agricolo (raccoglitrice). Egli ha inoltre osservato: " (...) Si tratta di una paziente che presenta una sindrome pan-vertebrale algica, cronicizzata, in un possibile contesto fibromialgico e depressivo larvato. L'attività lavorativa svolta dalla paziente, particolarmente impegnativa dal punto di vista fisico malgrado il lodevole tentativo da parte del datore di lavoro di assegnarle carichi meno duri, rende sicuramente incerta e sfavorevole la prognosi circa una ripresa completa dell'attività professionale; tenendo poi in considerazione il basso grado di scolarizzazione e le oggettive difficoltà linguistiche, un reinserimento professionale appare del tutto aleatorio. Non sono purtroppo proponibili trattamenti medici oltre a quelli finora proposti suscettibili di cambiare il quadro della situazione." (Doc. 9-3) Il Dr. med. _____, medico del Servizio medico regionale (SMR), in un rapporto del 18 marzo 2005, sulla base dei dati oggettivi emergenti dalle certificazioni mediche riguardanti le condizioni di salute dell'assicurata, ha concluso che l'assicurata era da ritenersi inabile al 50% nella sua attività di operaia agricola, mentre in un lavoro rispettoso delle regole dell'ergonomia, e meglio delle limitazioni menzionate dal Dr. med. _____, la medesima sarebbe stata dal lato medico-teorico abile in forma normale a partire dal maggio 2004 (cfr. doc. 11-2). Nell'opposizione interposta contro la

decisione del 12 gennaio 2006 con cui all'assicurata è stato negato il diritto a una rendita di invalidità in quanto il grado di invalidità, tenuto conto del danno alla salute organica, era nullo (cfr. doc. 15-1) – verbalizzata l'8 febbraio 2006 – è stata censurata la mancata considerazione dell'affezione psichiatrica (cfr. doc. 19-2). Il 6 febbraio 2006 il Dr. med. _____ ha osservato che la paziente era stata ricoverata nel corso dell'autunno presso i servizi della Clinica _____ di _____ per uno stato depressivo caratterizzato da un forte sentimento di devalorizzazione. Marcata diminuzione dello slancio vitale e conflittualità intra-familiare sfociata a diverse riprese in propositi suicidali. Egli l'ha inviata dalla Dr. med. _____, psicologa presso l'_____ e sua connazionale, che l'aveva già seguita negli anni precedenti presso il Servizio psicosociale di _____. Il medico ha attestato che la Dr. med. _____, da un lato, ha confermato l'aggravazione della sindrome depressiva, dall'altro, non ha potuto escludere la presenza di disturbi dispercettivi. E' stato sottolineato che per la sua funzione all'interno del Servizio socio-psichiatrico alla dottoressa non è stato possibile assicurare una presa a carico psichiatrica regolare dell'assicurata che, viste le grosse difficoltà linguistiche, richiedeva la condivisione del suo idioma. Il Dr. med. _____ ha rilevato di ritenere, tenuto conto del basso grado di scolarità della ricorrente, molto poco probabile che la stessa potesse trovare un impiego anche leggero quale "sorvegliante in aziende nel settore industriale" o svolgere in alternativa piccole attività manuali leggere e ripetitive al 100%, come invece indicato dalla consulente IP (cfr. doc. 20-1, 13-1). Dal rapporto del 28 aprile 2006 della Dr. med. _____, capoclinica in psichiatria presso la Clinica psichiatrica cantonale, afferente all'ultimo consulto del 16 novembre 2005, si evince che l'assicurata presentava da anni una sindrome mista ansioso-depressiva (ICD 10 F 41.2) con disfunzione vegetativa somatoforme (ICD 10 F 45.3) in personalità semplice, che il suo stato di salute era suscettibile di peggioramento e che la capacità al lavoro non poteva essere migliorata con provvedimenti sanitari. La dottoressa ha pure evidenziato che: " Trattasi di una paziente di origine _____, sposata, madre di due figli, entrambi sposati. La signora è in Ticino da anni, insieme alla sua famiglia. Riferisce di essersi integrata bene, ma sente molto la nostalgia per il suo paese e i parenti rimasti. Ha sempre lavorato come operaia agricola, l'unico lavoro che sa svolgere. La scolarità è elementare. Non è riuscita a imparare bene l'italiano, ha difficoltà a esprimersi (da notare che ci sono grosse difficoltà anche nella propria lingua a causa della sua semplicità e poca scolarizzazione). La paziente è stata seguita dalla sottoscritta dal 23.10.2002 al 30.09.2003 presso il Servizio Psico Sociale di _____ nell'ambito di una sindrome ansioso-depressiva che già all'epoca era causa di alcune assenze dal lavoro per tempi prolungati o di diminuzione del rendimento. Vale a dire che la paziente si è sforzata molto a tornare sul posto di lavoro malgrado il malessere persistente. Negli ultimi anni si è sovrapposta una disfunzione vegetativa somatoforme che rende difficile e infruttuoso l'approccio internistico. Dal punto di vista psicoterapico esistono grosse difficoltà a causa della semplicità della paziente e la prevalenza del pensiero concreto che non permette un'elaborazione psicologica. Siamo dell'avviso che la situazione attuale è difficile con un'inabilità lavorativa del 80% e la prognosi per il futuro è negativa per mancanza di possibilità di lavorare in questa paziente in termini psicoterapici." (Doc. 23-2) La Dr. med. _____ ha, infine, indicato che non era proponibile l'attività abituale, che l'inabilità al lavoro era dell'80%, che il rendimento era ridotto dell'80% e che l'assicurata non era in grado di svolgere altre attività (cfr. doc. 23-3). Il 17 maggio 2006 il Dr. med. _____ del SMR ha annotato che: "(...) Dalla nuova documentazione acquisita agli atti risulta che l'A abbia presentato un peggioramento di una patologia

psichiatrica preesistente che ha portato ad un ricovero presso la Clinica _____ di _____ in autunno 2005 (dopo la nostra presa di decisione). E' da notare che il rapporto medico AI del Dr. _____ del 10.04.2004 non citava nessuna diagnosi psichiatrica. Nelle considerazioni del suo scritto parlava di "possibile contesto fibromialgico e depressivo larvato". La patologia attualmente invalidante da prendere in considerazione sembra di natura prettamente psichiatrica. Procedere: perizia psichiatrica (Dr. _____)." (Doc. 27-1) Il Dr. med. _____, FMH in psichiatria e psicoterapia, ha periziato l'insorgente il 17 ottobre 2006 durante un consulto di un'ora e mezzo al quale ha assistito il figlio della stessa (cfr. doc. 31-1). Dal relativo referto peritale emerge, in particolare, che: "(...) Innanzitutto nel corso dell'attuale valutazione clinico-psichiatrica è emersa l'impressione generale che nonostante da oltre 10 anni la peritanda risiede in Svizzera si sia di fatto poco integrata nel tessuto sociale, vivendo ai margini ed esercitando un lavoro poco qualificato sulla base di una assoluta mancanza di formazione professionale ma funzionando adeguatamente fino al mese di ottobre 2002. In tale scenario l'accentuazione dei sintomi fisiatrici di cui soffre da tempo ha finito per catalizzare il disagio derivante dalla proprie scarse capacità di adattamento ad un contesto socio-lavorativo che di fatto ha solo e sempre accettato per motivi economici e la porta a costruirsi una nuova identità nel ruolo di ammalata. In questo ruolo si chiude in una posizione regressiva che comporta la parziale compromissione delle sue abituali competenze lucrative, aspetto che però non va letto come effettiva perdita della capacità di funzionare sul piano lavorativo ma come tendenza ad accentuare le proprie esperienze negative allo scopo di attirare l'attenzione sulla situazione di disagio sociale che vive e di cui la manifestazione caratteristica è rappresentata essenzialmente dalla tendenza ad aggravare i disturbi lamentati. A livello clinico psichiatrico infatti, e veniamo al secondo aspetto, è stata rilevata una sintomatologia ansioso-depressiva di lieve entità, nella cui genesi giocano certamente un ruolo fattori culturali, ma anche la tendenza all'aggravamento dei sintomi a cui si associano evidenti tratti istrionici e dimostrativi con tendenze rivendicative e beneficio secondario. Il terzo aspetto infine riguarda la diagnosi di disfunzione vegetativa somatoforme avanzata dalla Dr.ssa _____. In occasione della attuale valutazione psichiatrica non sono emersi dati anamnestici e nemmeno i caratteri tipici di tale psicopatologia, come i sintomi di attivazione del sistema nervoso vegetativo quali palpitazioni, tremori, vampate di calore tipici e non c'è nella peritanda la preoccupazione espressa circa la possibilità di avere una grave patologia ad un determinato organo o apparato e a ricercare per questo continue rassicurazioni da parte dei medici. La peritanda dice di soffrire per la sintomatologia algica muscolo-scheletrica ma è consapevole della sua entità, seppur tenda a drammatizzarla e non necessita di continue rassicurazioni circa la sua portata. In conclusione, nell'ambito dell'attuale indagine psichiatrica, non è stata evidenziata alcuna patologia psichiatrica maggiore, una sintomatologia depressiva grave o un disturbo di personalità clinicamente significativo e tale da compromettere il funzionamento lavorativo. Da un punto di vista esclusivamente psichiatrico non ci sono pertanto elementi clinici tali da limitare la capacità lucrative della peritanda in misura superiore del 20%. In tal senso ella può continuare a esercitare la propria abituale attività di operaia agricola." (Doc. 31-6) Lo specialista, riguardo alle conseguenze sulla capacità di lavoro, ha precisato che le menomazioni qualitative e quantitative a livello sociologico e mentale erano legate alla sintomatologia ansioso-depressiva di grado lieve obiettata, che in quanto tale non comprometteva, per esclusivi motivi psichici, la capacità lavorativa della peritanda nella abituale attività di operaia agricola. Egli ha attestato, da una parte, che la

limitazione della capacità di lavoro non superava il 20% e questo da ottobre 2002, epoca in cui era giunta all'osservazione psichiatrica. Dall'altra, che la limitazione lucrativa per motivi psichici identificata non era addizionale a quella per cause fisiche (cfr. doc. 31-6). Il Dr. med. _____, il 3 gennaio 2007, ha indicato che le problematiche accusate dall'assicurata con ripercussione sulla capacità di lavoro erano la sindrome panvertebrale con/da turbe statiche modiche del rachide ed alterazioni degenerative in zona lombare e la tendenza fibromialgica, mentre la sindrome mista ansioso-depressiva di lieve entità in personalità con tratti istrionici non aveva effetti sull'abilità lavorativa. Egli ha evidenziato che l'inabilità era del 20% da ottobre 2002, che la ricorrente poteva continuare a esercitare la propri attività di operaia agricola, che la limitazione lucrativa per motivi psichici identificata non era addizionale a quella per cause fisiche e che provvedimenti di integrazione non erano da prendere in considerazione (cfr. doc. 33-1), come del resto certificato dal Dr. med. _____ (cfr. doc. 31-7).

2.7. Perch é 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). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 e S., U 330/01; DTF 125 V 353; Pratique VSI 2001 p. 109; MEYER-BLASER, *Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht*, 1997, p. 230). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STFA 25 febbraio 2003 nelle cause P.G., U 329/01 e S., U 330/01). Inoltre, nella sentenza del 5 ottobre 2001 pubblicata in DTF 127 V 294 e seg., il TFA ha fatto proprie le considerazioni espresse da Mosimann (*Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten*, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in cui questo autore ha descritto in dettaglio i compiti del perito medico che deve esprimersi sul carattere invalidante di un'affezione somatoforme. Secondo Mosimann, in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. Inoltre, l'esperto deve esprimersi sull'aspetto 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; STFA del 12 marzo 2004, I 683/03 pubblicata in DTF 130 V 352 e STFA inedita del 23 settembre 2004, I 384/04, consid. 1.2). 2.8. L'assicurata, con l'atto ricorsuale, ha contestato il fatto che sia stata periziata dal profilo psichiatrico da un medico psichiatra non cognito della sua lingua, né del suo contesto culturale (cfr. doc. I). Al riguardo va osservato che con sentenza I 245/00 del 30 dicembre 2003, pubblicata in SVR 2005 IV N. 12 pag. 51 segg., il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha stabilito che la questione di sapere se un assicurato ha diritto o meno all'esecuzione di una misura medica di accertamento nella sua lingua madre oppure con l'ausilio di un traduttore deve essere decisa dal punto di vista di un corretto e completo accertamento della fattispecie giuridicamente rilevante e non dal profilo della garanzia del diritto di essere sentito. Quando l'amministrazione o il perito medico ordinano l'intervento di un traduttore, i relativi costi vanno a carico dell'AI. L'Alta Corte ha, segnatamente, rilevato che: " (...)

E. 4.2.1

Die Durchführung einer medizinischen Abklärungsmassnahme in der Muttersprache des oder der Versicherten oder unter Beizug eines Übersetzters ist in erster Linie eine Frage der richtigen und vollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts. Es geht nicht in erster Linie um die Teilnahme der versicherten Person am Verfahren im Sinne der Mitwirkung bei der Erstellung der tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen im Hinblick auf die beantragten Leistungen. Mithin lässt sich aus dem verfassungsrechtlichen Gehörsanspruch nach Art. 29 Abs. 2 BV und dessen Konkretisierung für das Abklärungsverfahren vor den kantonalen IV-Stellen in Art. 73bis IVV (in Kraft gestanden bis 31. Dezember 2002; vgl. nunmehr Art. 42 und 52 ATSG) nicht direkt etwas ableiten in Bezug auf die Durchführung medizinischer Abklärungsmassnahmen unter sprachlichem Gesichtswinkel. Ob eine medizinische Abklärung in der Muttersprache des Exploranden oder der Explorandin oder unter Beizug eines Übersetzters im Einzelfall geboten ist, hat grundsätzlich der Gutachter im Rahmen sorgfältiger Auftragserfüllung zu entscheiden. Dazu gehört auch die Wahl des Dolmetschers sowie die Frage, ob allenfalls bestimmte Teile der Abklärung aus sachlichen und persönlichen Gründen in dessen Abwesenheit durchzuführen sind. Entscheidend dafür, ob und in welcher Form bei medizinischen Abklärungen dem Gesichtspunkt der Sprache resp. der sprachlichen Verständigung Rechnung getragen werden muss, ist letztlich die Bedeutung der Massnahme im Hinblick auf die in Frage stehende Leistung. Es geht um die Aussagekraft und damit die beweismässige Verwertbarkeit des Gutachtens als Entscheidungsgrundlage für die IV-Stelle und gegebenenfalls das Sozialversicherungsgericht. Danach müssen die Feststellungen des Experten nachvollziehbar sein, seine Beschreibung der medizinischen Situation muss einleuchten und die Schlussfolgerungen müssen begründet sein (BGE 125 V 352 Erw. 3a).

E. 4.2.2

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass nicht von einer Gehörsverletzung gesprochen werden kann, wenn trotz Verständigungsschwierigkeiten eine Begutachtung nicht in der Muttersprache des oder der Versicherten oder unter Beizug eines Dolmetschers stattfindet oder stattfand. Insofern ist der Aufsichtsbehörde beizupflichten. Ebenso sind die IV-Stellen nicht verpflichtet, speziell die Sprachkenntnisse von Versicherten abzuklären, deren Muttersprache nicht die Amtssprache des betreffenden Kantons ist. Beantragt die versicherte Person, dass eine notwendige psychiatrische Begutachtung in ihrer Muttersprache oder unter Beizug eines Übersetzters durchgeführt wird, hat die Verwaltung nach Rückfrage beim Experten darüber zu befinden. Ihrem Entscheid kommt indessen so wenig wie der Anordnung der Abklärungsmassnahme als solcher Verfügungscharakter zu (vgl. BGE 125 V 401). Wird umgekehrt eine Begutachtung ohne Übersetzungshilfe durchgeführt, steht ein allenfalls fehlender Antrag seitens der versicherten Person einer erneuten Exploration in ihrer Muttersprache oder unter Beizug eines Dolmetschers nicht entgegen. Entscheidend ist, ob lediglich auf diese Weise beweisrechtlich verwertbare Aussagen zu gewinnen sind, auf welche bei der Beurteilung des oder der in Frage stehenden Leistungsansprüche abgestellt werden kann.“ In una sentenza U 336/06 del 30 luglio 2007 la nostra Massima Istanza ha deciso che in quel caso si imponeva una perizia psichiatrica nella lingua madre dell'assicurato, originario dell'ex-Jugoslavia, poiché, da un lato, le sue scarse conoscenze della lingua tedesca non avevano permesso una sufficiente indagine, dall'altro, le valutazioni mediche esperite divergevano. In proposito il TF ha osservato che: " (...) 8.2 8.2.1 Der bestmöglichen sprachlichen Verständigung zwischen Experte und versicherter Person kommt insbesondere bei der psychiatrischen Begutachtung besonderes Gewicht zu. Auf der anderen Seite besteht kein Anspruch auf Untersuchung in der

Muttersprache der versicherten Person oder den Beizug eines Übersetzers. Zu beachten ist sodann, dass der Beizug eines Dolmetschers auch problematische Aspekte hat, ist der Gutachter doch auf möglichst spontane, unverfälschte Antworten angewiesen, andernfalls deren Aussagekraft herabgesetzt ist. Die Frage, ob eine medizinische Abklärung unter Beizug eines Dolmetschers im Einzelfall geboten ist, hat grundsätzlich der Gutachter im Rahmen sorgfältiger Auftragserfüllung zu entscheiden. Entscheidend dafür, ob und in welcher Form bei medizinischen Abklärungen dem Gesichtspunkt der Sprache respektive der sprachlichen Verständigung Rechnung getragen werden muss, ist letztlich die Bedeutung der Massnahme im Hinblick auf die in Frage stehende Leistung. Es geht um die Aussagekraft und damit die beweismässige Verwertbarkeit des Gutachtens als Entscheidungsgrundlage. Danach müssen die Feststellungen des Experten nachvollziehbar sein, seine Beschreibung der medizinischen Situation muss einleuchten und die Schlussfolgerungen müssen begründet sein (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; AHI 2004 S. 143 E. 4.2.1, I 245/00; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 473/05 vom 29. Dezember 2006, E. 2.3.4). 8.2.2 Gemäss dem Psychosomatischen Konsilium der Klinik E._____ vom 19. August 2003 verfügt der Versicherte nur über sehr bescheidene Deutschkenntnisse. Von einem nur spärlichen Deutsch ging im Bericht vom 2. Juni 2004 auch Dr. med. M._____ aus. Der Psychiater Dr. med. A._____ legte im Bericht vom 30. Juli 2004 dar, der Versicherte habe sich mangels Kenntnissen der deutschen Sprache nur schlecht explorieren lassen. Auch der Psychiater Dr. med. H._____ bestätigte im Bericht vom 6. Juli 2006, der Versicherte spreche schlecht deutsch, weshalb die Verständigung erschwert sei; ein flüssiges Gespräch sei selten zu Stande gekommen, oft hätten bildnerische Darstellungen oder Verlaufsdigramme verwendet werden müssen, um einigermaßen Klarheit im Hinblick auf die erzielten Aussagen zu erhalten. Unter diesen Umständen und auf Grund der divergierenden ärztlichen Einschätzungen (E. 8.1 hievor) drängt sich eine psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers in seiner Muttersprache auf.“ Con sentenza I 451/00 del 30 dicembre 2003, pubblicata in SVR 2004 IV N. 29, relativa a un caso in cui il marito di un'assicurata ha svolto il ruolo di traduttore durante una perizia psichiatrica nei confronti della stessa, l'Alta Corte, dopo aver indicato che in generale quando un marito traduce le domande e le risposte in occasione di una perizia psichiatrica, è improbabile, procedendo a una traduzione parola per parola, che il senso venga falsato o venga omessa qualche parte, ha stabilito che in quel caso di specie doveva essere eseguita una nuova perizia psichiatrica in lingua madre o alla presenza di un traduttore. In effetti è emerso che il marito aveva un ruolo dominante nei confronti della moglie, la quale era totalmente dipendente dal medesimo. Non poteva così essere esclusa un'influenza atta a falsare l'esito dell'indagine medica. Il TFA si è così espresso " (...) 1. Das kantonale Gericht hat wie zuvor die IV-Stelle den Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung mit der Begründung verneint, gemäss MEDAS-Gutachten vom 22. Dezember 1997 sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Zimmermädchen weder aus rheumatologischer noch psychiatrischer Sicht eingeschränkt (vgl. BGE 115 V 133 Erw. 2). Zu dem in erster Linie streitigen Beweiswert der Expertise in Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand sowie zur psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit im Besonderen hat die Vorinstanz Folgendes erwogen: Die angefochtene Verfügung müsste zwar eigentlich aus formellen Gründen aufgehoben und die Sache zur nochmaligen psychiatrischen Begutachtung an die Verwaltung zurückgewiesen werden, weil der Ehemann der Versicherten beim psychiatrischen Konsilium am 12. November 1997 als Dolmetscher fungiert habe. Er gelte somit als Gehilfe des Sachverständigen. Als solcher

unterliege er an sich denselben Ausstandsregeln wie der Experte in seiner Eigenschaft als Gehilfe des Richters. Zu den Ausstandsgründen gehöre auch das nahe Verwandtschaftsverhältnis. Diese Betrachtungsweise trüge indessen den Besonderheiten der psychiatrischen Abklärung nicht Rechnung. Zum einen sei es sehr unwahrscheinlich, dass der Ehemann beim Übersetzen der Fragen des Psychiaters und der Antworten seiner Ehefrau bewusst Verfälschungen oder sogar Auslassungen vorgenommen habe. Vielmehr sei von einer wortwörtlichen Übersetzung in beide Richtungen auszugehen. Die Gefahr, die theoretisch von der engen Beziehung zwischen der Versicherten und dem Dolmetscher ausgegangen sei, sei faktisch gering gewesen, auf jeden Fall aber durch den Nutzen, den der Psychiater aus der Beobachtung der Interaktion zwischen den Eheleuten habe ziehen können, überwogen worden. Der Beizug eines neutralen Dolmetschers hätte unter Umständen sogar ein weniger überzeugendes Untersuchungsergebnis geliefert, weil die Versicherte - auch im Beisein ihres Ehemannes - möglicherweise zu gehemmt gewesen wäre, über ihre psychische Befindlichkeit Aussagen zu machen. Unter diesen Umständen könne den formellen «Mängeln» nicht jene Bedeutung beigemessen werden, die ihnen beispielsweise im Zusammenhang mit der Übersetzung einer Zeugenaussage vor Gericht zukäme. Immerhin wäre es der Überzeugungskraft des Gutachtens dienlich gewesen, wenn der Psychiater die Interaktion zwischen den Eheleuten geschildert und die daraus gezogenen Schlüsse deutlicher offen gelegt hätte. Von einer nochmaligen Begutachtung allein unter Beizug eines unabhängigen Dolmetschers sei (indessen) kein besserer Aufschluss über den psychischen Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit zu erwarten, sodass davon abzusehen sei. Demgegenüber wird in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde argumentiert, der Beizug des Ehemannes als Dolmetscher habe auch zu Interaktionen geführt, welche die echte Exploration seiner Ehefrau verunmöglicht hätten. Eine allfällige belastende Beziehung könne in dieser Konstellation verborgen bleiben, zumal die Abklärung in einer für den Experten völlig fremden Sprache stattfinde. Der Beizug des Ehemannes zur Fremdanamnese wäre zweifellos möglich und sinnvoll gewesen. Dass er sinngemäss sogar als Dolmetscher fungierte, habe zwangsläufig zu Verfälschungen geführt, weil er offenbar nicht in der Lage gewesen sei, die an ihn gestellten Fragen zu übersetzen.

2. Die Beschwerdeführerin wurde im Rahmen der MEDAS-Abklärung von Dr. med. M._____ psychiatrisch-konsiliarisch untersucht und begutachtet. Ihr Ehemann fungierte als Übersetzer. Es stellt sich die Frage, ob der psychische Gesundheitszustand und eine allenfalls psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit zuverlässig auf der Grundlage des fachärztlichen Berichts vom 17. November 1997 beurteilt werden kann.

2.1 Nach der Rechtsprechung ist für den Beweiswert eines Arztberichtes entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a mit Hinweis).

2.2 Dr. med. M._____ führt in seinem Bericht vom 17. November 1997 zum Psychostatus aus, die Explorandin spreche fast kein Deutsch. Dem sie begleitenden Ehemann falle es im Gespräch etwas schwer, die an sie gerichteten Fragen zu übersetzen. Überhaupt scheine er Mühe zu haben zu begreifen, dass u.a. auch psychische Faktoren das Schmerzverhalten seiner Frau beeinflussen könnten. Ihre Umsiedlung von X._____ in die Schweiz sei für ihn bezüglich psychischer Belastung nichts Aussergewöhnliches. Die Explorandin, welche meistens ein ausdrucksloses Gesicht zeige, verneine jegliche persönlichen, familiären oder sozialen Probleme. Ihr Verhalten wirke

regressiv. Sie scheine sozial isoliert zu sein und unzufrieden. In der Schweiz sei sie abhängig von ihrem Ehemann und werde dementsprechend von ihm überallhin begleitet. Beide Eheleute vermöchten nicht zu begreifen, dass der Verlust von Unabhängigkeit nach 1986 (Jahr der Einreise der Beschwerdeführerin in die Schweiz) - in X. _____ dürfte die Ehefrau als Mutter ihrer vier Kinder viel mehr Autonomie genossen haben - wesentliche psychische Probleme hervorrufen könne. In seiner Beurteilung kommt Dr. med. M. _____ zum Schluss, bei der Explorandin sei eine Depression im Rahmen ihrer soziokulturellen Isolation zwar spürbar. Eine invaliditätsrelevante Depression, welche als eigenständige Krankheit betrachtet werden könnte, sei indessen nicht eruierbar. Die Entwurzelung, welche sie 1986 in Kauf genommen habe, dürfte mit ihrer heutigen psychischen Problematik zusammenhängen. Wenn und soweit sie sich nicht mehr arbeitsfähig fühle, lägen dieser Tatsache invaliditätsfremde Faktoren zu Grunde. Dr. med. M. _____ stellte abschliessend die Diagnose einer soziokulturell entwurzelten Persönlichkeit.

2.3 2.3.1 Der Bericht vom 17. November 1997 genügt insbesondere im Lichte der Rechtsprechung zur Bedeutung psychosozialer und soziokultureller Faktoren für die Invalidität (vgl. dazu BGE 127 V 294) den an ein Gutachten gestellten Anforderungen nicht. Es findet keine vertiefte Auseinandersetzung mit dem geklagten Leiden statt. Namentlich wird nicht begründet, weshalb die diagnostizierten Depressionen keinen Krankheitswert haben und sich nicht auf die Erwerbsfähigkeit auswirken.

2.3.2 Auch aus folgenden Gründen kann nicht auf den Bericht vom 17. November 1997 abgestellt werden. Im Rahmen von psychiatrischen Abklärungen kommt der bestmöglichen Verständigung zwischen Gutachter und versicherter Person besonderes Gewicht zu. Eine gute Exploration setzt auf beiden Seiten vertiefte Sprachkenntnisse voraus. Ist der Gutachter der Sprache des Exploranden nicht mächtig, erscheint es medizinisch und sachlich geboten, dass er eine Übersetzungshilfe beizieht (Urteil L. vom 25. Juli 2003 [I 642/01] Erw. 3.1). Es steht fest, dass der psychiatrische Konsiliararzt der Sprache der Explorandin nicht mächtig war. Bei der Begutachtung fungierte zwar der Ehemann als Dolmetscher. Gemäss Dr. med. M. _____ fiel es ihm indessen etwas schwer, die an sie gerichteten Fragen zu übersetzen. Es kommt dazu, dass aufgrund der Dominanz des Ehemannes - die Beschwerdeführerin bezeichnete sich gegenüber dem Experten als total von ihm abhängig - eine die Untersuchung verfälschende Beeinflussung der Explorandin nicht auszuschliessen ist.

2.4 Psychischer Gesundheitszustand und psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit können somit nicht als genügend abgeklärt gelten. Die IV-Stelle wird daher nochmals eine psychiatrische Begutachtung in der Muttersprache der Beschwerdeführerin oder unter Beizug eines Übersetzers durchzuführen haben. Nach allfälligen weiteren Abklärungen wird sie über den Anspruch auf eine Invalidenrente oder Massnahmen beruflicher Art neu verfügen.“ (la sottolineatura è del redattore) Infine, in una sentenza U 331/03 del 30 agosto 2004, attinente a un caso concernente un'assicurata, originaria dell'Albania, che è stata periziata dal lato psichiatrico in presenza del marito e del figlio che hanno svolto il ruolo di traduttori, la nostra Massima Istanza ha ribadito che in linea di principio non è escluso che dei parenti possano prestare servizio di traduzione e ha deciso che in quel caso non sussisteva alcun elemento che potesse far concludere per una traduzione falsata.

2.9. Nella presente evenienza l'assicurata non ha domandato né all'UAI, quando le ha comunicato la necessità di un accertamento psichiatrico presso il Dr. med. _____ (cfr. doc. 30-1), né al medico stesso in occasione del consulto del 17 ottobre 2006 di poter essere indagata nella sua lingua madre – _____ – o perlomeno di poter beneficiare di un traduttore. Essa al contrario si è presentata, come presso altri medici (cfr. doc. 1-3), con il figlio. Unicamente

con il ricorso, per il tramite dell'avv. RA 1, l'insorgente ha censurato la mancata conoscenza della sua lingua da parte del perito. Inoltre dagli atti di causa non emerge alcun elemento atto a far dubitare dell'attendibilità della traduzione, o comunque dell'aiuto apportato dal figlio nella traduzione di certe domande e risposte. Non risulta, dunque, che l'indagine possa essere stata falsata dall'intervento del figlio. Per di più l'assicurata ha altre due figlie (cfr. doc. 31-2), ma è sempre stato il figlio ad accompagnarla in occasione di altre visite mediche. Se l'insorgente avesse provato anche solo un sentimento di pudore o di vergogna e quindi non si fosse sentita libera e tranquilla di esporre le proprie problematiche, avrebbe cercato di organizzarsi in modo tale da recarsi dai medici e in particolare dal Dr. med. _____ con una delle figlie, peraltro entrambe domiciliate in Ticino (cfr. sistema informatico relativo alla banca dati MOVPOP che gestisce l'anagrafe della popolazione del Cantone). Del resto la perizia esperita dal Dr. med. _____ ossequia i criteri da adempiere perché un rapporto peritale abbia pieno valore probatorio (cfr. consid. 2.7.). La valutazione dello specialista di un'inabilità lavorativa del 20% anche in attività adeguate è stata effettuata sulla base di accertamenti approfonditi ed è convincente. Per quanto concerne l'aspetto linguistico, se da una parte, il medico stesso ha sottolineato che è stato difficoltoso il contatto verbale, in quanto la ricorrente parlava poco e male l'italiano e la sua comprensione della lingua era piuttosto approssimativa, dall'altra, ha evidenziato che dalle risposte fornite, seppur mediate dalla traduzione del figlio, non sembrava di cogliere segni di deficit cognitivi. Egli ha poi rilevato che il corso del pensiero appariva fluido e con un'ideazione semplice e contenutisticamente perseverante attorno alle proprie difficoltà somatiche. Il medico non ha percepito chiari segni di simulazione, ma ha avuto la sensazione che il racconto fosse accentuato da una certa aura di drammaticità. Inoltre egli non ha riscontrato disturbi del pensiero legati a elementi deliranti e non ha apprezzato alterazioni dispercettive di tipo allucinatorio, ha constatato una lieve riduzione del tono dell'umore, ma un istinto vitale sufficientemente conservato e non sono stati verbalizzati propositi autolesionistici. Il Dr. med. _____ ha ancora sottolineato che l'assicurata è apparsa congrua nelle risposte emozionali con una leggera quota di ansia associata quando si è soffermata a descrivere le conseguenze in ambito familiare e lavorativo dei disturbi fisici. Infine lo psichiatra ha constatato una ridotta spinta volitiva con difficoltà programmare il futuro per la tendenza a ipervalutare gli aspetti sfavorevoli delle varie situazioni. La sua impressione generale è stata di una personalità poco differenziata e di livello modesto (cfr. doc. 31-4). Da queste constatazioni puntuali, specifiche e dettagliate il TCA deduce che il Dr. med. _____, a prescindere dal fatto che l'assicurata parli e capisca poco la lingua italiana, ha potuto ben accertare lo stato psichico della ricorrente. L'apprezzamento della Dr. med. _____ non è, poi, tale da inficiare la conclusione a cui è giunto il Dr. med. _____, già nella misura in cui la stessa ha indicato un'inabilità lavorativa dell'80% e che non è più proponibile l'occupazione abituale di operaia agricola, quando invece la ricorrente ha continuato a svolgere tale attività a metà tempo (cfr. doc. 19-2, 1-13, 31-2). Infine è utile ricordare che la nostra Massima Istanza ha ripetutamente deciso che le certificazioni del medico curante - anche se specialista (cfr. STFA del 7 dicembre 2001 nella causa M., U 202/01, consid. 2b/bb) - hanno un valore di prova ridotto, ciò in ragione del rapporto di fiducia che lo lega al suo paziente (cfr. RAMI 2001 U 422, p. 113ss. [= AJP 1/2002, p. 83]; DTF 125 V 353 consid. 3b/cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; STFA del 10 ottobre 2003 nella causa C., U 278/02, consid. 2.2; R. Spira, La preuve en droit des assurances sociales, in *Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach*, Basilea 2000, p. 269s.). Ne discende che non vi è motivo alcuno

per distanziarsi dalla perizia del Dr. med. _____. Non si rivela, conseguentemente, necessario procedere a nuovi accertamenti in lingua _____ o in presenza di un traduttore. 2.10. Per quanto attiene, inoltre, alla problematica lamentata dall'assicurata alla schiena, va osservato che quest'ultima non ha contestato la valutazione del Dr. med. _____ per il fatto che il medico non conosce la sua lingua madre e che al momento del consulto non era presente un traduttore, bensì unicamente per il fatto che la stessa non giungerebbe ad alcuna conclusione definitiva e men che meno a lungo termine, visto che si è trattato di un apprezzamento commissionato per stabilire la capacità al lavoro nell'immediato ai fini delle indennità giornaliere di malattia (cfr. doc. IX). Il medico ha, però, attestato che il quadro clinico appariva cronicizzato, che, tenuto conto dell'irreversibilità delle alterazioni degenerative lombari, non si poteva prevedere un aumento della capacità lavorativa della professione svolta né a corto né a medio termine e che non vi erano cure mediche proponibili atte a modificare questa valutazione (cfr. doc. 1-8). Pertanto, contrariamente a quanto affermato dalla parte ricorrente, il Dr. med. _____ non ha apprezzato lo stato di salute dell'insorgente e la relativa capacità al lavoro semplicemente dal profilo dell'immediato. La descrizione dell'esigibilità lavorativa, considerando i disturbi alla schiena, effettuata dallo specialista e il conseguente giudizio sull'abilità lavorativa al 100% per un'attività che rispetti le limitazioni indicate (cfr. doc. 1-8, 1-9), sono stati effettuati sulla base di uno stato di salute stabilizzato. La valutazione del Dr. med. _____, risultando poi affidabile e concludente (cfr. consid. 2.7.), può validamente costituire da supporto probatorio al giudizio che occupa questa Corte, senza che si riveli necessario procedere a ulteriori atti istruttori. Al riguardo, va ricordato che, per costante giurisprudenza, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà ad assumere altre prove (cfr. STFA dell'11 dicembre 2003 nella causa R., U 239/02; STFA del 31 gennaio 2003 nella causa V., H 5/02; STFA del 5 marzo 2003 nella causa G., H 411/01; SVR 2003 IV Nr. 1 p. 1; STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 102/01; STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa D.SA, H 299/99; STFA del 26 novembre 2001 nella causa R., U 257/01; STFA del 15 novembre 2001 nella causa P., U 82/01; STFA del 28 giugno 2001 nella causa G., I 11/01; RCC 1986 p. 202 consid. 2d; STFA del 27 ottobre 1992 nella causa B.P.; STFA del 13 febbraio 1992 in re O.; STFA del 13 maggio 1991 nella causa A.; STCA del 25 novembre 1991 nella causa M.; F. Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., p. 274; U. Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zurigo 1999, p. 212; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., p. 39 e p. 117), senza che ciò costituisca una lesione del diritto di essere sentito sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d e sentenza ivi citata). Agli atti non risultano, del resto, pareri medici in senso opposto che mettano in serio dubbio l'apprezzamento del Dr. med. _____. Questa Corte non ignora che il Dr. med. _____ ha indicato, nel novembre 2004, che l'incapacità lavorativa presentata dall'assicurata è del 50% per l'ultima attività esercitata quale operaia nel settore agricolo e che in considerazione del basso grado di scolarizzazione e delle oggettive difficoltà linguistiche un reinserimento professionale appariva del tutto aleatorio (cfr.doc. 9-1, 9-3). Tuttavia, in primo luogo, l' apprezzamento afferente all'abilità al lavoro nell'abituale attività della ricorrente corrisponde a quello formulato dal Dr. med. _____ del 50%

(cfr. doc. 1-8). In secondo luogo, il medico curante non si è pronunciato riguardo alla capacità lavorativa in relazione ad altre attività adeguate alle sue condizioni di salute, limitandosi a indicare che sussistono altri motivi per i quali un reinserimento professionale non sembrava possibile. Le motivazioni indicate dal Dr. med. _____ sono, però, a carattere extra-medico e pertanto esulavano dal suo ambito di competenza. I fattori menzionati verranno, altresì, esaminati al prossimo considerando. È utile, poi, osservare che il Dr. med. _____, quale medico internista, non risulta particolarmente qualificato a pronunciarsi nell'ambito in questione. Il parere del Dr. med. _____ non è, perciò, suscettibile di scalfire il valore probante della valutazione del Dr. med. _____. 2.11.

L'insorgente sostiene di essere impossibilitata a trovare un'altra occupazione differente da quella di operaia agricola e conforme alle sue condizioni di salute a causa delle carenze di formazione scolastica e di conoscenza della lingua italiana (cfr. doc. I). La questione che si pone è quella di sapere se è realistico ritenere che un'assicurata - quasi analfabeta, senza formazione scolastica e professionale, con scarse conoscenze della lingua italiana e che ha sempre esercitato un'attività manuale non qualificata -, possa reperire sul mercato generale del lavoro un'attività con le caratteristiche indicate dal Dr. med. _____ (cfr. doc. 1-8, 1-9; consid. 2.6.). Nel passato, il TCA è già stato chiamato a statuire in cause riguardanti assicurati analfabeti e privi di formazione, costretti ad abbandonare la loro originaria professione a causa del danno alla salute. Ad esempio, nella sentenza 35.2004.104 del 25 aprile 2005 - cresciuta in giudicato dopo che il ricorso al TFA era stato ritirato a fronte della possibilità di incorrere in una *reformatio in pejus* (cfr. STFA U 218/05 del 13 giugno 2006) -, questo Tribunale ha considerato realistica la possibilità di mettere a frutto la restante capacità lavorativa in attività cosiddette sostitutive trattandosi di un assicurato, di professione ferraiolo, vittima di un infortunio all'arto superiore sinistro che ne aveva limitato la capacità lavorativa ad attività leggere, non comportanti il sollevamento/trasporto di pesi rilevanti e l'ingaggio del braccio in questione in lavori da eseguire sopra l'orizzontale: " Con la propria impugnativa, ___ ha inoltre fatto valere che il suo stato di analfabetismo gli precluderebbe, citiamo: "la possibilità di svolgere qualsivoglia attività non identica a quella da lui svolta nell'arco della propria vita e sino alla data dell'infortunio, e a maggior ragione le attività prese in considerazione dalla ___ per il calcolo dell'incapacità lucrativa, ..." (I, p. 6). Il fatto che l'assicurato sia analfabeta e privo di ogni formazione, merita effettivamente qualche riflessione. Secondo la dottrina e la giurisprudenza, da un assicurato costretto ad abbandonare la sua originaria professione, si può pretendere soltanto l'esercizio di quelle attività lucrative che - tenuto conto della sua formazione professionale così come delle sue attitudini fisiche ed intellettuali - gli sono effettivamente accessibili su quel mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione per lui (cfr. A. Rumo-Jungo, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung*, Zurigo 2003, p. 130 e giurisprudenza ivi menzionata; P. Omlin, *Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung*, Friburgo 1995, p. 205s., secondo cui: "Bei einem Wechsel muss die neue Tätigkeit, die Invalidentätigkeit, der Eigenart des Versicherten angepasst sein und hat den körperlichen und geistigen Fähigkeiten sowie den Behinderungen des Versicherten zu entsprechen"; A.-C. Doudin, *La rente d'invalidité dans l'assurance-accidents selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances*, in SZS 1990, p. 255s.). In questo ordine d'idee, il TFA ha stabilito che - trattandosi di lavoratori non qualificati esercitanti, prima di divenire invalidi, un'attività manuale - entrano generalmente in linea di conto soltanto dei lavori di manovalanza oppure altre attività fisiche (P. Omlin, op. cit., p. 206; RCC 1989, p.

331 consid. 4a). L'Alta Corte ha, tuttavia, anche precisato che il mercato del lavoro accessibile a questi assicurati non é limitato a tali attività. Nell'industria e nell'artigianato le attività fisicamente pesanti vengono eseguite sempre più spesso tramite macchinari, motivo per cui aumentano le attività di controllo e sorveglianza (cfr. SVR 2002 UV 15, p. 49 consid. 3b; RCC 1991, p. 332 consid. 3b, STFA del 20 aprile 2004 nella causa K., U 871/02, consid. 3). Anche in questo ambito, vi sono aperte delle opportunità di lavoro per lavoratori ausiliari, così come é il caso per il settore delle prestazioni di servizio. In sintesi, se é vero che, da un lato, l'assicurato é tenuto a compiere ogni sforzo per valorizzare al massimo le sue capacità di guadagno, dall'altro, non bisogna perdere d'occhio il concetto di esigibilità, nel senso poc' anzi evocato. Nella concreta evenienza, il fatto che ___ non sappia né leggere né scrivere e sia, inoltre, privo di formazione, rappresenta un handicap, che si traduce in un ulteriore restringimento del ventaglio delle attività lucrative da lui ragionevolmente esigibili, e ciò pur ponendosi dal punto di vista di un mercato del lavoro equilibrato. Nondimeno, questa Corte ritiene che dall'assicurato si possa esigere che valorizzi la sua restante capacità lavorativa, avuto riguardo al mercato generale del lavoro che entra per lui in linea di conto. Specialmente nell'ambito industriale, vi sono, in effetti, delle attività di mera sorveglianza - fisicamente assai leggere - che non presuppongono particolari attitudini intellettuali. Tali attività potrebbero senz'altro venire svolte anche da una persona analfabeta, nella misura in cui richiedono prevalentemente il compimento di gesti ripetitivi: assimilato l'automatismo, non vi possono più essere ostacoli ad un loro esercizio (cfr., in questo senso, la STCA del 7 maggio 1999 nella causa D., inc. 35.1998.102, consid. 2.6., cresciuta in giudicato). Occorre infine rilevare che, secondo la giurisprudenza, se è vero che vanno indicate possibilità di lavoro concrete, all'amministrazione rispettivamente al giudice non vanno poste esigenze esagerate. È infatti sufficiente che gli accertamenti esperiti permettano di fissare in maniera attendibile il grado di invalidità. In proposito va rilevato che il TFA ha in particolare già ritenuto corretto il rinvio ad attività nel settore industriale e commerciale, composto di lavori leggeri di montaggio, compiti di controllo e sorveglianza (cfr. VSI 1998 p. 296 consid. 3b; STFA del 25 febbraio 2003, U 329/01, consid. 4.7).” (STCA succitata, consid. 2.6. - il corsivo è del redattore) Secondo questo Tribunale le medesime considerazioni devono valere anche nel presente caso, sebbene il danno alla salute si ripercuota in maniera diversa sull'esigibilità lavorativa (nel caso di specie la capacità lavorativa è dell'80% in attività leggere con le seguenti limitazioni: sollevamento pesi di al massimo 5-8kg circa e non in forma ripetitiva, lavori in flessione prolungata del rachide devono essere interrotti regolarmente - a scadenza di 5-10 minuti al massimo - e sono esigibili solo in forma ridotta, movimenti ripetitivi di flessione, estensione o di rotazione del tronco sono possibili in forma leggermente ridotta, l'assunzione di posizioni corporee statiche è possibile fino a un'ora circa senza interruzione - seduta o in piedi -, lavori manuali sopra l'altezza della testa sono esigibili solo in forma ridotta, impedimento in forma leggera nel camminare su terreni sconnessi). L'Alta Corte è peraltro pervenuta a questa stessa conclusione nelle sentenze U 191/99 del 24 gennaio 2001 e I 532/05 del 13 luglio 2006, concernenti degli assicurati stranieri, analfabeti e privi di formazione che presentavano degli impedimenti funzionali sostanzialmente simili a quelli della ricorrente. In esito alle considerazioni di cui ai consid. 2.9., 2.10. e a quanto appena esposto, il TCA deve concludere che - dal punto di vista medico - l'assicurata, da una parte, è impedita nell'esercizio della sua abituale professione di operaia agricola in misura del 50%, ma che, d'altra parte, essa è in grado di svolgere un'attività adeguata al suo stato di salute in misura dell'80%. 2.12. Si tratta ora di esaminare le conseguenze del danno alla

salute dal profilo economico. Visto che la giurisprudenza federale ha stabilito che per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. consid. 2.4.), il TCA, tenuto conto del disposto di cui all'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI, ritiene determinante il 2004, come del resto riconosciuto dall'UAI (cfr. doc. 13-1, 14-1, 34-1) e non contestato dall'assicurata. Per quanto concerne il reddito da valido, va rilevato che l'amministrazione ha considerato, a questo titolo, un importo pari a fr. 34'450.-- (cfr. doc. 13-1, 34-1). L'insorgente non ha sollevato alcuna obiezione in merito a tale dato e può essere fatto proprio dal TCA. 2.13. Per quanto riguarda invece il reddito da invalido, la giurisprudenza federale si fonda sui criteri fissati nella sentenza pubblicata in DTF 126 V 75 seg. In questa sentenza di principio la Corte ha stabilito che ai fini della determinazione del reddito da invalido fa stato in primo luogo la situazione professionale e salariale concreta dell'interessato. Qualora difettino indicazioni economiche effettive, possono, conformemente alla giurisprudenza, essere ritenuti i dati forniti dalle statistiche salariali. La questione di sapere se e in quale misura al caso i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione), criteri questi che l'amministrazione è tenuta a valutare globalmente. La Corte ha precisato, al riguardo, come una deduzione massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Il Tribunale federale delle assicurazioni ha poi ancora rilevato, nella medesima sentenza, che, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione. 2.14. Partendo dalla constatazione che l'applicazione di dati salariali statistici validi per tutta la Svizzera - quali quelli utilizzati dal TFA si rivela essere discriminante per gli assicurati attivi in Ticino, Cantone in cui i salari sono notoriamente più bassi rispetto alla media nazionale, ritenuto che il reddito da non invalido è quello che verrebbe effettivamente percepito dagli assicurati nel nostro Cantone senza il danno alla salute, questo Tribunale, in una sentenza del 4 settembre 2000 nella causa R., pubblicata in RDAT I-2001, p. 250ss. e in SVR 2001 IV n. 35 - in seguito costantemente confermata ed applicata in tutti i settori delle assicurazioni sociali (assicurazione per l'invalidità, assicurazione contro gli infortuni e assicurazione contro le malattie) - sentito preliminarmente il parere dell'allora direttore dell'Ufficio federale di statistica, dottor _____, ha così precisato la propria giurisprudenza: " In data 26 luglio 2000 il Presidente del TCA ha inviato al dottor _____, direttore dell'Ufficio federale di statistica, uno scritto del seguente tenore: "(...) Il Tribunale federale delle assicurazioni in una recente, chiara giurisprudenza prescrive di fondarsi, in molti casi, sulle vostre inchieste allorché dobbiamo determinare il reddito da invalido ancora conseguibile da lavoratori non qualificati con problemi di salute, che sono abili al lavoro soltanto in attività leggere adeguate. Al riguardo vengono in particolare utilizzati i salari fissati nella tabella TA1 (ad esempio fr. 4294.-- nel 1996, cfr. "L'enquête suisse sur la structure des salaires 1996" pag. 17, e per la giurisprudenza, Pratique VSI 2000 pag. 85). Al fine di applicare la giurisprudenza federale, in modo corretto, nel Cantone Ticino (considerato che l'altro termine di paragone per fissare il grado di invalidità è sostanzialmente il salario conseguito nel nostro Cantone dall'assicurato prima dell'insorgenza del danno alla salute), mi occorre sapere: - possiamo utilizzare il valore statistico medio (ad es. fr. 4294.-- nel 1996) così come è anche per il Cantone Ticino? Per quale motivo? - In caso di risposta negativa:

Perché no? Quale coefficiente di riduzione occorre applicare, al salario citato, per adattarlo alla situazione del nostro Cantone? (...)." (cfr. doc. V bis) Il dottor _____ ha così risposto in data 14 agosto 2000: " (...) Benché il campione dell'indagine svizzera sulla struttura dei salari sia definito per poter disporre di risultati rappresentativi a livello nazionale, è possibile ottenere anche una serie d'indicatori salariali per singole entità regionali, beninteso nel rispetto dei criteri di validità e di qualità statistiche ed evidentemente ad un livello di aggregazione superiore. I valori dell'indagine sulla struttura dei salari del 1996 che Lei cita nella sua lettera possono dunque essere utilizzati legittimamente, dal punto di vista statistico, per il Cantone Ticino. In allegato Le invio tre tabelle relative ai salari mediani per l'anno 1998 (ultimi risultati disponibili), ripartiti in base al sesso e al livello di qualificazione richiesto dal posto occupato. I valori specifici per il Cantone Ticino sono i seguenti: - Nel 1998 (settore pubblico e settore privato), il salario lordo mediano per un uomo esercitante attività semplici e ripetitive (livello 4) era di 3'813.-- franchi al mese (cfr. tabella TA13). - È ancora possibile precisare che il 50% dei lavoratori dipendenti di questa stessa categoria guadagnava fra 3060 e 4704 franchi. Considerando unicamente il settore privato, il salario mediano (sempre per la stessa categoria di lavoratore dipendente) era di 3'611 franchi (cfr. TA 14). A titolo di confronto Le invio anche la tabella TA1 relativa ai salari mediani della Svizzera (settore privato), ripartiti stavolta per settore economico (...)." (cfr. doc. V bis) Al fine di non discriminare gli assicurati attivi in Ticino, Cantone in cui i salari sono notoriamente più bassi rispetto alla media nazionale, visto che il reddito da non invalido è quello che verrebbe effettivamente percepito dagli assicurati nel nostro Cantone senza il danno alla salute, questo Tribunale ha quindi deciso che nell'applicazione dei dati statistici occorre utilizzare la tabella che riflette i salari versati nella nostra regione, sulla base della seguente argomentazione: " Se si ignorasse questo aspetto, sostenendo per ipotesi che siccome la LAINF è una legge federale occorre riferirsi ad un unico dato salariale statistico valido per tutto il paese (ad esempio fr. 4628.-- nel 1998 per un uomo, cfr. TA1; DTF 124 V 323; Pratique VSI 2000 pag. 85), si finirebbe per utilizzare dati salariali irrealistici ed in definitiva giungere ad un risultato che non garantisce l'uguaglianza di trattamento (cfr. DTF 126 V 36; DTF 126 V 48; STFA del 22 maggio 2000 nella causa I. (I 312/99); DTF 126 I 76)." Su questi argomenti, cfr. D. Cattaneo, La promozione dell'autonomia ..., in RDAT II-2003, p. 618-621 e in L'autonomia del disabile nel diritto svizzero, Ed. Istituto delle assicurazioni sociali e Helbing & Lichtenhahn, Bellinzona 2004, p. 124-128; D. Cattaneo, "La contribution du Tribunal des assurance du Canton du Tessin à la jurisprudence suisse en matière de sécurité sociale", in CGRSS n° 33-2004, p. 19 seg. (28-33); D. Cattaneo, "Sentenze recenti del Tribunale cantonale delle assicurazioni", in Temi scelti di diritto delle assicurazioni sociali, Ed. CFPG, Helbing & Lichtenhahn, Basilea-Ginevra-Monaco 2006, p. 135ss. (163-171). Nell'ambito di una procedura ricorsuale dinanzi al TFA, conclusasi con uno stralcio dai ruoli in seguito al ritiro del ricorso (cfr. STFA U 56/03 del 7 giugno 2006), la Presidente della Corte federale, giudice Leuzinger, il 28 aprile 2006 aveva informato le parti (e questo Tribunale) che, citiamo: " ... la Corte plenaria del Tribunale federale delle assicurazioni ha stabilito l'inapplicabilità dei valori regionali (Tabella TA13) di cui all'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari (ISS) – edita dall'Ufficio federale di statistica – per la determinazione del reddito ipotetico da invalido." In una sentenza U 75/03 del 12 ottobre 2006 (cfr. SZS/RSAS 2007, p. 64), il TFA ha, per la prima volta, esposto le motivazioni che hanno spinto la Corte plenaria, il 10 novembre 2005, a prendere la decisione appena citata: " (...) 8.2 In primo luogo si osserva che, per un'ovvia questione di parità di trattamento (art. 8 Cost.),

un'applicazione della tabella TA13 al solo Cantone Ticino deve essere esclusa se non si vuole creare un'inammissibile *lex ticinensis*. Analoghe considerazioni di praticabilità, di parità di trattamento e di sicurezza giuridica si oppongono quindi a un'applicazione alternativa delle tabelle nazionali (TA1) e di quelle regionali (TA13) come pure a un'applicazione delle prime ad alcune regioni e delle seconde alle rimanenti regioni.

8.3 Allo stesso modo, un'applicazione generalizzata delle tabelle regionali TA13, al posto di quelle nazionali TA1, pur potendo, da un lato, in alcuni casi effettivamente creare le basi per una soluzione maggiormente vicina alla realtà economico-sociale concreta, dall'altro lato creerebbe, a ben vedere, anche nuovi problemi dovuti al fatto che all'interno delle medesime grandi regioni si registrano delle differenze, non sempre trascurabili. Ad esempio, nonostante le due regioni facciano parte della medesima grande regione "Mittelland", è notorio che i salari esistenti nel Canton Berna non sono gli stessi di quelli del Canton Giura. Allo stesso modo, per il Vallese occorrerebbe prendere in considerazione i salari relativi alla regione lemanica. Ora, nell'una e nell'altra ipotesi, l'applicazione dei valori regionali (TA13) al posto di quelli nazionali (TA1) si dimostrerebbe maggiormente sfavorevole per questi assicurati. Si pone quindi ugualmente la questione dell'assicurato che lavora(va) in un Cantone appartenente a un'altra grande regione, ad esempio del lavoratore giurassiano che lavora(va) nel Cantone di Basilea (città o campagna). Ora, se si intendesse determinare il reddito da invalido sulla base della tabella TA13, non si farebbe altro che spostare o restringere il cerchio geografico nel quale si iscrive ogni determinazione di un reddito ipotetico sulla base di valori statici. In questa maniera, però, si correrebbe pure il rischio di offuscare oltremodo l'obbligo o l'esigibilità per l'assicurato di ridurre il danno e di andare, se del caso e nei limiti ragionevoli, a cercare un'attività al di fuori della sua regione abituale. Si creerebbero nuove disparità nei confronti di assicurati che abitano a cavallo tra due o addirittura tre grandi regioni o di chi abita in una di queste regioni e lavora in un'altra.

8.4. A ciò si aggiunge che nella sentenza pubblicata in DTF 129 V 472, questa stessa Corte ha precisato che, laddove una tale operazione non fosse possibile sulla base di rilevamenti salariali DPL, il reddito da invalido va di principio definito sulla base dei dati statistici salariali ISS applicabili nell'insieme del settore privato (DTF 129 V 484). Ora, anche siffatta considerazione si opporrebbe a un'applicazione generalizzata delle tabelle regionali TA13, concernenti il settore pubblico e privato.

8.5 Non può pertanto ammettersi una regionalizzazione nella determinazione dell'invalidità poiché una siffatta soluzione sarebbe incompatibile con il principio costituzionale di parità di trattamento come pure con il rango costituzionale delle assicurazioni invalidità e infortuni quali assicurazioni federali." In un'altra sentenza I 790/04 del 18 ottobre 2006, il TFA ha ancora rilevato: " Quanto alla questione della tabella applicabile tra le varie riportate dall'ISS, il Tribunale federale delle assicurazioni ha recentemente stabilito, con decisione della Corte plenaria del 10 novembre 2005, non potersi (più) fare capo ai dati statistici regionali desumibili dalla tabella TA13, riferentesi ai salari in relazione alle grandi regioni (cfr. pure la sentenza del 22 agosto 2006 in re K., I 424/05, consid. 3.2.3; v. inoltre la sentenza 12 ottobre 2006 in re S., U 75/03). Il reddito ipotetico da invalido deve di conseguenza essere valutato sulla base della tabella TA1 dell'ISS, concernente i salari medi nazionali conseguibili nel settore privato. Alla luce di quanto precede non vi è (più) spazio alcuno per ammettere una riduzione dei salari statistici, quale quella operata dai primi giudici, che tenga conto, ispirandosi ai salari corrisposti in un vicino cantone, che l'assicurato vive in una regione economicamente meno forte. Anche sotto questo aspetto non può pertanto trovare conferma la valutazione del tasso d'invalidità compiuta dalla Corte di prime cure." Alla luce di questa chiara giurisprudenza

federale (cfr., sul tema, L. Grisanti, "Nuove regole per la valutazione dell'invalidità" in RTiD II-2006, p. 311ss.), il reddito da invalido per i nuovi casi, dovrà essere d'ora in poi determinato dal TCA in applicazione dei valori nazionali (Tabella TA1). Spetta semmai al Parlamento o al Consiglio federale intervenire su questo tema, se lo riterranno opportuno. Il 22 giugno 2007 il Consiglio nazionale ha accolto una mozione del 2 ottobre 2006 no. 06.3466 del Consigliere nazionale _____ il quale chiede che il "Consiglio federale proceda con sollecitudine ad ovviare a questa distorsione, adeguando le disposizioni di applicazione della legge sull'assicurazione invalidità". Il nuovo art. 28a cpv. 1 LAI introdotto nell'ambito della 5a revisione della LAI, approvata dal popolo il 17 giugno 2007, dispone che sarà il Consiglio federale a definire il reddito lavorativo determinante per la valutazione dell'invalidità. Il 17 dicembre 2007 il Consigliere federale _____, rispondendo ad una domanda (07.5369) del Consigliere nazionale _____ ha preannunciato che "pour respecter les différences salariales dans les diverses régions de Suisse, il est prévu d'opérer sur le salaire ressortant de l'enquête sur la structure des salaires en Suisse une réduction qui tient compte des différenciations régionales. La mise en oeuvre de cette règle est prévue pour le premier trimestre 2008 au moyen de circulaires de l'Office fédéral des assurances sociales" e, invitato a precisare se riteneva sufficiente una semplice circolare, ha sottolineato quanto segue: " Monsieur _____, je ne suis pas en mesure de vous affirmer avec toute l'autorité juridique nécessaire si oui non une circulaire est suffisante. Mais ce que je vais faire, c'est demander à mes collaborateurs si je dois moi-même signer la circulaire dans la mesure où, comme vous le dites, il devrait y avoir une décision politique claire. On va vérifier le point sur lequel vous attirez notre attention." Questo Tribunale si limita a ricordare che, secondo la giurisprudenza, il principio dell'uguaglianza di trattamento proibisce, citiamo: "de faire, entre divers cas, des distinctions qu'aucun fait important ne justifie", ma anche "de soumettre à un régime identique des situations de fait qui présentent entre elles des différences importantes et de nature à rendre nécessaire un traitement différent (cfr. DTF 129 I 3; DTF 127 V 454; Zbl 2005 p. 87ss. (89-90); A. Auer-G. Malinverni-M. Hottelier, "Droit constitutionnel suisse", Vol. II, Stämpfli Editions SA, Berna 2006, p. 484 n. 1030 e 499 n. 1061). In una sentenza U 8/07 del 20 febbraio 2008, rispondendo ad una questione sollevata dal TCA nella sentenza 35.2006.60 del 23 novembre 2006, consid. 2.10.9 (" Questo Tribunale constata che il salario che l'assicurato avrebbe conseguito nel 2005 quale muratore semi-qualificato (infatti nel 2005, secondo il contratto collettivo di lavoro dell'edilizia, un lavoratore con conoscenze percepiva un salario orario di fr. 25.15, contro i fr. 22.65 percepiti dai lavoratori edili), è inferiore a quello realizzato in media a livello svizzero dai lavoratori del settore della costruzione con qualifiche analoghe (Tabella TA 1 2004, punto 45, livello di qualifica 3: fr. 5'358 x 12 mesi = 64'296, riportato su 41.6 ore/settimana = 66'867.84; dopo adeguamento all'indice dei salari nominali, si ottiene, per il 2005, un reddito annuo pari a fr. 67'443.41; per un recente caso in cui l'Alta Corte ha fatto riferimento ai livelli di qualifica 2 e 3, cfr. STFA del 12 ottobre 2006 nella causa S., U 404/05, consid. 2.3.4). Ci si potrebbe chiedere se in tale ipotesi, e visto il richiamo del TFA ai salari nazionali (Tabella TA 1), non dovrebbe essere applicata la giurisprudenza federale secondo la quale, quando l'assicurato ha realizzato un guadagno inferiore alla media per dei motivi estranei all'invalidità, anche il reddito medio realizzabile sul mercato equilibrato del lavoro (reddito da invalido) va ridotto in proporzione (cfr. DTF 129 V 225 consid. 4.4; AHI-Praxis 1999, p. 329 consid. 1; ZAK 1989, p. 458s. consid. 3b; STFA del 6 settembre 2006 nella causa H., U 454/05 + 456/05, consid. 6.3.3 e 6.3.4). Spetta comunque all'Alta Corte pronunciarsi al riguardo"), l'Alta

Corte ha stabilito che: " (...) 5.3. Giova inoltre ricordare che nel caso in cui il reddito conseguito prima dell'invalidità è inferiore alla media dei salari per un'attività paragonabile nel settore interessato e non vi è inoltre motivo che induca a ritenere che fosse intenzione dell'assicurato accontentarsi di un guadagno modesto, la giurisprudenza ammette che gli stessi fattori che hanno influenzato negativamente il reddito da valido vengano considerati anche per fissare il reddito da invalido (DTF 129 V 222 consid. 4.4 pag. 225, SVR 2004 UV no 12 pag. 44, consid. 6.2, secondo cui un reddito inferiore del 10% rispetto ai salari usuali del settore è stato considerato chiaramente sotto la media [U 173/02]; cfr. pure sentenza U 529/06 del 28 gennaio 2008, consid. 8.2 con riferimenti).

E. 6

Nel caso di specie, il ricorrente contesta sia la determinazione del reddito da invalido che quella da valido.

E. 6.1

Per quanto concerne il reddito da valido, l'interessato fa valere che l'importo determinato dall'INSAI sulla base dei dati forniti dall'ex datore di lavoro risulterebbe, come giustamente rilevato anche dal primo giudice, inferiore del 9% circa rispetto al salario medio nazionale dei lavoratori attivi nel settore delle costruzioni con qualifiche analoghe. L'argomento è pertinente. In effetti, il dato ritenuto dall'assicuratore infortuni a titolo di reddito da valido (fr. 61'277.- per l'anno di riferimento 2005) è inferiore nella misura del 9.58% a quello desumibile dalla tabella TA1 di cui all'ISS (edizione 2004, pag. 53, livello di esigenze 3, cifra 45 costruzioni), quest'ultimo essendo pari, dopo adeguamento all'evoluzione salariale per il 2005, a fr. 67'765.89 (fr. 5'358 x 12 : 40 x 41.7[v. La Vie économique, 12-2007, pag. 98, tabella 9.2] x 1.011 [v. La Vie économique, 12-2007, pag. 99, tabella 10.2]). Alla luce della giurisprudenza richiamata al considerando 5.3, che, come visto, permette al giudice chiamato ad effettuare un raffronto dei redditi di prendere in considerazione in ugual misura per ciascuno degli elementi di paragone fattori estranei all'invalidità, può, se del caso, essere tenuto conto di questa circostanza nell'ambito della determinazione del reddito ipotetico da invalido.

E. 6.2

A quest'ultimo riguardo, il ricorrente, pur rispettando la più recente giurisprudenza in materia, rileva che il mercato del lavoro ticinese oggettivamente offre ai lavoratori occupati in questo Cantone di frontiera retribuzioni nettamente inferiori e penalizzanti rispetto al resto della Svizzera, come risulterebbe, almeno in parte, dalle tabelle TA1 e TA13 di cui all'ISS. Il ragionamento è comprensibile, ma viene tuttavia relativizzato dalle considerazioni espresse al considerando precedente.

E. 6.3

Mancando in concreto indicazioni economiche effettive, in considerazione della più recente prassi di questa Corte - cui allude l'insorgente -, che non ammette più la possibilità di fare capo ai dati statistici salariali relativi alle grandi regioni, tabella TA13 ISS, per determinare il reddito ipotetico da invalido, quest'ultimo deve essere stabilito sulla base della tabella TA1 dell'ISS, concernente i salari medi nazionali conseguibili nel settore privato (cfr. sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 75/03 del 12 ottobre 2006, consid. 8, riassunta in RSAS pag. 64). In tali condizioni, partendo dal valore totale mediano di cui all'ISS 2004 (pag. 53, livello di esigenze 4), si ottiene un importo di base di fr. 57'258.24 per il 2004 (fr. 4'588 x 12 : 40 x 41 .6 [La Vie économique, 12-2007, pag. 98, tabella

B9.2]), che, adattato all'evoluzione salariale (1%, v. La Vie économique, 12-2007, pag. 99, tabella B10.2), porta a ritenere un importo di fr. 57'830.82 per il 2005.

E. 6.4

Operando una prima riduzione del 9.58% da quest'ultimo importo per tenere conto della differenza salariale di cui si è detto al considerando 6.1, deducendo poi una quota ulteriore del 15%, non oggetto di contestazione, per considerare adeguatamente le circostanze particolari del caso (DTF 126 V 75 ; in concreto: limitazioni riconducibili al danno alla salute, statuto di frontaliere), il raffronto dei redditi (reddito da valido di fr. 61'277.- e guadagno da invalido di fr. 44'447.03 [fr. 57'830.82 ./ 9.58% ./ 15%]) dà un grado d'invalidità arrotondato (DTF 130 V 121) del 27%. (...) Di conseguenza, quando il salario da valido conseguito in Ticino in una determinata professione è inferiore al salario medio nazionale in quella stessa professione, anche il reddito da invalido va ridotto nella medesima percentuale (al riguardo cfr. L. Grisanti, art.cit., in RtiD II-2006 pag. 311 seg., in particolare pag. 326-327).

2.15 In concreto utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 2004 elaborata dall'Ufficio federale di statistica, la ricorrente, svolgendo nel 2004 una professione che presuppone qualifiche inferiori nel settore privato svizzero (a proposito della rilevanza delle condizioni salariali nel settore privato , cfr. RAMI 2001 U 439, p. 347ss. e SVR 2002 UV 15, p. 47ss.), avrebbe potuto realizzare, in media, un salario mensile lordo pari a fr. 3'893.-. Riportando questo dato su 41.6 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 9-2008, p. 98), esso ammonta a fr. 4'049.- mensili oppure a fr. 48'588 per l'intero anno (fr. 4'049 x 12, ritenuto che la quota di tredicesima è già compresa, cfr. STFA del 18 febbraio 1999 nella causa B., U 274/98, p. 5 consid. 3a). L'assicurata, quale operaia agricola presso _____ di _____, avrebbe guadagnato nel 2004 fr. 34'450.-/anno per un'occupazione a tempo pieno (cfr. consid. 2.12.), corrispondenti a fr. 2'871.-/mese. Tale reddito si situa sopra la media dei salari per un'attività equivalente (cioè fr. 34'095.-/ anno e 2'841.-/mese; cfr. Tabella TA1 2004 p.to 1 "Ortofloricoltura", livello di qualifica 4: fr. 2'732.- X 12 mesi = 32'784.-, riportato su 41.6 ore/settimana = fr. 34'095.-). Nel caso in esame non sono, perciò, realizzati i presupposti per ridurre il reddito statistico da invalido in applicazione della giurisprudenza di cui alla STF U 8/07 del 20 febbraio 2008 menzionata al considerando precedente. Visto che l'insorgente, in attività sostitutive adeguate, presenta una capacità lavorativa dell'80%, il reddito statistico da invalido deve essere ridotto in proporzione, di modo che esso si attesta a fr. 38'870.- (risultato intermedio). In ossequio alla giurisprudenza federale, occorre, in seguito, esaminare le circostanze specifiche del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/bb) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio. La riduzione massima consentita ammonta al 25%, percentuale che consente "... di tener conto delle varie particolarità che possono influire sul reddito del lavoro" (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). Nella presente evenienza, anche se si volesse applicare, per pura ipotesi di lavoro, la riduzione massima consentita dalla giurisprudenza federale, non sarebbe possibile assegnare alla ricorrente una rendita di invalidità, poiché il tasso di invalidità risulterebbe comunque inferiore alla soglia minima del 40% (cfr. art. 28 cpv. 1 LAI; consid. 2.4.; STCA 32.2007.165 del 7 aprile 2008). In effetti, decurtato del 25%, il reddito statistico da invalido - risultato intermedio - ammonterebbe a fr. 29'152.- (75% di fr. 38'870.-). Raffrontando quest'ultimo dato al reddito da valido (fr. 34'450 .--, cfr. consid. 2.12.), si otterrebbe un tasso di invalidità del 15.38%, arrotondato al 15% (cfr. DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41). In simili condizioni, questa

Corte non può che confermare la decisione su opposizione dell'11 settembre 2007. 2.16. 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.- andrebbero a carico dell'assicurata, la quale ha tuttavia chiesto l'assistenza giudiziaria (cfr. doc. I). Al riguardo il Consiglio federale nel Messaggio concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (misure di semplificazione della procedura) del 24 maggio 2005 in FF 2005 pag. 2751 seg. si è così espresso: "(...) Quando sono adempite le condizioni del gratuito patrocinio, la procedura di ricorso in materia di AI continuerà ad essere gratuita (con riserva di una successiva restituzione) per gli assicurati interessati, come negli altri settori del diritto amministrativo. Si intende così garantire che saranno prese in considerazione le particolarità del singolo caso, in modo tale che anche le persone meno abbienti possano accedere ai tribunali. (...) Le stesse considerazioni valgono a proposito delle procedure di ricorso dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni e, per le persone residenti all'estero, dinanzi alla Commissione di ricorso AVS/AI. In altri termini, quando non può essere concesso il gratuito patrocinio in seguito a circostanze particolari che riguardano il singolo caso, per le controversie concernenti prestazioni dell'AI i Cantoni devono stabilire limiti di spesa inferiori rispetto agli altri settori del diritto amministrativo. Al fine di tener conto della componente di politica sociale, fisseranno questi limiti non in funzione del valore litigioso, ma in funzione dell'onere effettivo. È stato fissato un limite di spesa (dai 200 ai 1000 franchi) equivalente a quello stabilito nella revisione totale dell'organizzazione giudiziaria. Si è così dato seguito al suggerimento espresso dalla maggioranza dei Cantoni nella procedura di consultazione. (...)". 2.17. La ricorrente ha postulato l'ammissione al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (cfr. doc. I). 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 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 che 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; Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 86, pag. 626). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 88s) – sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno (cfr. anche art. 3 Lag), se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato (cfr. anche art. 14 cpv. 2 Lag) e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (cfr. anche art. 14 cpv. 1 Lag; DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti). Per valutare se un assicurato si trova in uno stato di bisogno, secondo la giurisprudenza federale, si tiene conto di un fabbisogno minimo che si situa al di sopra del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (cfr. SVR 1998 IV Nr. 13 p. 48 consid. 7b, p. 48 consid. 7c). Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al massimo del 15-25% (cfr. STFA del 20 settembre 2004 nella causa F., U 102/04). Il reddito della famiglia dell'assicurata, composta da lei e dal marito, ammonta a circa fr. 4'650.-- netti mensili (cfr. doc. IVbis). Con tale reddito l'assicurata deve far fronte a fr. 1'550.--, quale importo base mensile per se stessa e il marito stabilito

per il calcolo del minimo esistenziale LEF. Tale ammontare comprende già le spese di sostentamento, abbigliamento, biancheria, igiene, cultura, salute, oneri domestici, quali elettricità, illuminazione, gas (cfr. Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo del 1° gennaio 2001). Bisogna poi computare il canone di locazione di fr. 600.-- al mese (cfr. doc. IVbis). Vanno, altresì, aggiunte le imposte federali, cantonali e comunali stimate in circa fr. 100.-- al mese (cfr. doc. IVbis). Per quanto concerne il premio afferente all'assicurazione contro le malattie dei coniugi nel certificato per l'ammissione all'assistenza giudiziaria è stato indicato un importo di fr. 278.-- mensili (cfr. doc. IVbis). Questa Corte può esimersi dal verificare se lo stesso si riferisce alla sola assicurata o a entrambi i coniugi, nel caso in cui gli stessi fossero al beneficio di sussidi. In effetti, anche tenendo conto di un premio di fr. 556.-- (fr. 278.-- x 2 persone), l'assicurata non può essere ritenuta indigente. L'onere globale che si ottiene computando un premio di cassa malati di fr. 556.-- corrisponde a fr. 2'806.--. L'insorgente presenta, pertanto, un'eccedenza mensile pari a fr. 1'844.-- (fr. 4'650.-- - fr. 2'806.--). In casu, anche applicando all'importo di base di fr. 1'550.--, determinato in riferimento alla Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo, il massimo di supplemento del 25%, ossia di fr. 387.--, resterebbe comunque un'eccedenza mensile di entità rilevante di fr. 1'457.-- (fr. 1'844.-- - fr. 387.--), pari a fr. 17'484.--. In tali circostanze, non potendo essere ammessa l'indigenza, la domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio va respinta. Le spese di fr. 200.-- (cfr. consid. 2.16.) vanno conseguentemente poste a carico dell'insorgente.

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