

TI_GERICHTE 32.2009.200 vom 7. Oktober 2009

TI Tribunale d'appello, 2009-10-07, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2009.200

FR: TI_GERICHTE 32.2009.200 du 7 octobre 2009

IT: TI_GERICHTE 32.2009.200 del 7 ottobre 2009

Regeste

Casalinga. Metodo misto. A giusta ragione l'UAI ha respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurata non essendo il grado d'invalidità pensionabile (27%). Gratuito patrocinio nella procedura amministrativa ammesso. A torto l'UAI ha ritenuto non necessario l'intervento dell'avvocato

Erwägungen

E. 28

cpv. 2ter LAI secondo cui " Qualora l'assicurato eserciti un'attività lucrativa a tempo parziale o collabori gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità per questa parte è determinata secondo l'articolo 16 LPGA. Se inoltre svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2bis. In tal caso, occorre determinare la parte rispettiva dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e quella dello svolgimento delle mansioni consuete e poi determinare il grado d'invalidità in funzione della disabilità patita nei due ambiti." Questo metodo di graduazione dell'invalidità (detto "metodo misto") è stato ancora una volta dichiarato conforme alla legge dal TFA in DTF 125 V 146. Anche in altre occasioni l'Alta Corte ha confermato che il metodo misto, applicato ad assicurati che svolgono un'attività lucrativa unicamente a tempo parziale e consacrano il resto del loro tempo all'attività casalinga è conforme alla legge e alla volontà del legislatore. Nemmeno è stata ravvisata una violazione dell'art. 8 CEDU (cfr. STFA I 276/05 del 24 aprile 2006, parzialmente pubblicata in plaidoyer 5/06 pag. 54 segg.; sentenza I 156/04 del 13 dicembre 2005, pubblicata in SVR 2006 IV Nr. 42 pag. 151 segg. Questa giurisprudenza è stata ribadita in una STF 9C 15/2007 del 25 luglio 2007 e in una STF I 126/07 del 6 agosto 2007, pubblicata in DTF 133 V 504. In una sentenza pubblicata in DTF 134 V 9 l'Alta Corte ha precisato la propria giurisprudenza ed ha ammesso la possibilità di prendere in considerazione gli influssi reciproci dell'attività lucrativa e dello svolgimento di mansioni consuete nell'ambito dell'applicazione del metodo misto. Una eventuale ridotta capacità nell'ambito professionale o nell'ambito dell'adempimento delle mansioni consuete (secondo l'art. 27 OAI [nella versione in vigore dal 1° gennaio 2004]) in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività va tuttavia presa in considerazione solo a determinate condizioni. In particolare l'Alta Corte ha sviluppato le seguenti considerazioni: " 7.3 Anlässlich ihrer Sitzung vom 25. Juni 2007 gemäss Art. 23 Abs. 2 und 3 BGG haben die vereinigten sozialrechtlichen Abteilungen im vorliegend zu beurteilenden Fall die Grundsätze zur Beachtlichkeit von Wechselwirkungen zwischen Erwerbs- und Aufgabenbereich (im Sinne des Art. 27 IVV [in der seit 1. Januar 2004 geltenden Fassung]) wie folgt präzisiert: 7.3.1 Bei der Prüfung der Frage, ob die in den beiden Tätigkeitsbereichen vorhandenen Belastungen einander wechselseitig beeinflussen (können), ist namentlich deren

unterschiedlichen Gegebenheiten Rechnung zu tragen. Die versicherte Person ist im Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht gehalten, im Umfang ihrer noch vorhandenen Leistungsfähigkeit eine dem Leiden angepasste erwerbliche Tätigkeit auszuüben (vgl. Art. 28 Abs. 2ter IVG [eingefügt auf 1. Januar 2004] in Verbindung mit Art. 16 ATSG ; BGE130 V 97 E. 3.2 S. 99 mit Hinweisen), d.h. es ist ihr zumutbar, eine Beschäftigung zu wählen, bei der sich die gesundheitliche Beschränkung minimal auswirkt. Die erwerbliche Tätigkeit muss jedoch, entsprechend ihren jeweiligen Anforderungen, grundsätzlich allein ausgeführt werden. Bezogen auf die häuslichen Verrichtungen ist eine Wahl des Tätigkeitsgebietes demgegenüber nur beschränkt möglich, da die mit der Haushaltsführung einhergehenden Aufgaben als solche anfallen und erledigt werden müssen. Es besteht in diesem Bereich dafür eine grössere Freiheit in der zeitlichen Gestaltung der Arbeit und es ist den Familienangehörigen eine gewisse Mithilfe zuzumuten (vgl. E. 7.2 hievov), womit allenfalls vorhandene Einschränkungen abgefedert werden können. Schliesslich erscheint die Möglichkeit einer gegenseitigen Beeinflussung geringer, je komplementärer die Anforderungsprofile der Tätigkeitsgebiete ausgestaltet sind (beispielsweise Haushalt eher körperlich belastend, Erwerbstätigkeit eher intellektuell). Damit die sich durch die schlechte Vereinbarkeit der beiden Tätigkeitsbereiche ergebende negative gesundheitliche Auswirkung berücksichtigt werden kann, muss sie folglich offenkundig und unvermeidbar sein (beispielsweise körperlich anstrengende Berufs- und Haushaltsarbeit oder psychisch belastende berufliche und familiäre Situation [kranker Partner, behindertes Kind etc.]). Von einer vermeidbaren Wechselwirkung ist demgegenüber nach dem G BGE 134 V 9 S. 13 esag ten auszugehen, wenn sie durch die - auf Grund der gesamten Umstände zumutbare - Wahl einer anderen Erwerbstätigkeit ausgeschlossen werden kann. 7.3.2

Wechselwirkungen sind nur dann zusätzlich zu berücksichtigen, wenn aus den Akten erhellt, dass die Arzt- und (Haushalts-) Abklärungsberichte nicht bereits in Kenntnis der im jeweils anderen Aufgabenbereich vorhandenen Belastungssituation erstellt worden sind, und konkrete Anhaltspunkte bestehen, dass eine wechselseitige Verminderung der Leistungsfähigkeit im Sinne des in E. 7.3.1 hievov Dargelegten vorliegt, die in den vorhandenen Berichten nicht hinreichend gewürdigt worden ist. 7.3.3 Im hier massgeblichen Kontext beachtliche gesundheitliche Auswirkungen vom Erwerbs- in den Haushaltsbereich können nur angenommen werden, wenn die verbleibende Arbeitsfähigkeit im erwerblichen Tätigkeitsgebiet voll ausgenutzt wird, d.h. der-für den Gesundheitsfall geltende-Erwerbsanteil die Arbeitsfähigkeit im Erwerbsbereich übersteigt oder mit dieser identisch ist. 7.3.4 Ein allfälliges reduziertes Leistungsvermögen im erwerblichen Bereich infolge der Beanspruchung im Haushalt kann ferner lediglich für den Fall berücksichtigt werden, dass Betreuungspflichten (gegenüber Kindern, pflegebedürftigen Angehörigen etc.) vorhanden sind. Dies ergibt sich u.a. daraus, dass die Reduktion des zumutbaren erwerblichen Arbeitspensums, ohne dass die dadurch frei werdende Zeit für die Tätigkeit in einem Aufgabenbereich nach Art. 27 IVV (in der seit 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung) verwendet wird, für die Methode der Invaliditätsbemessung, d.h. für die Statusfrage, ohne Bedeutung ist. Wäre eine versicherte Person gesundheitlich in der Lage, voll erwerbstätig zu sein, vermindert sie aber das Arbeitspensum aus freien Stücken, insbesondere um mehr Freizeit (für Hobbys etc.) zu haben, hat dafür nicht die Invalidenversicherung einzustehen. Allein stehende Personen werden bei einer freiwilligen Herabsetzung des Beschäftigungsgrades nicht gleichsam automatisch zu Teilerwerbstätigen mit einem Aufgabenbereich Haushalt neben der Berufsausübung (BGE 131 V 51 E. 5.1.2 und 5.2 S. 53 f., je mit Hinweisen). Ist demnach eine Haushaltsführung ohne weiter gehende

häusliche Obliegenheiten wie Betreuungsaufgaben etc. nicht in jedem Fall statusrelevant, kann auch nicht von einer dadurch verursachten, IV-rechtlich abzugelenden erheblichen Belastung im erwerblichen Bereich ausgegangen werden. 7.3.5 Allfällige Wechselwirkungen sind stets vom anteilmässig bedeutenderen zum weniger bedeutenderen Bereich zu berücksichtigen. Sind beide Bereiche mit 50 % zu veranschlagen, ist sie dort beachtlich, wo sie sich stärker auswirkt. Nicht möglich im hier zu beurteilenden Zusammenhang ist demgegenüber, dass Wechselwirkungen kumulativ in beide Richtungen ihren Niederschlag im Sinne einer verminderten Leistungsfähigkeit im je anderen Tätigkeitsbereich finden, führte dies doch zu einer doppelten Gewichtung. 7.3.6 Das in der Erwerbsarbeit oder im häuslichen Aufgabenbereich infolge der Beanspruchung im jeweils anderen Tätigkeitsfeld reduzierte Leistungsvermögen kann sodann nur berücksichtigt werden, wenn es offenkundig ist und ein gewisses normales Mass überschreitet. Dessen Ermittlung hat stets auf Grund der konkreten Gegebenheiten im Einzelfall zu erfolgen. In Anlehnung an den so genannten leidensbedingten Abzug vom statistischen Lohn bei der Bemessung des Invalideneinkommens von nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine Erwerbstätigkeit mehr ausübenden Versicherten (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 S. 475 mit Hinweisen), welcher unter Einbezug aller jeweils in Betracht fallenden Merkmale auf insgesamt höchstens 25 % begrenzt ist (BGE 126 V 75 E. 5b/cc S. 80; AHI 2002 S. 69 ff., E. 4b/cc, I 82/01), erscheint vorliegend eine Limitierung der als erheblich anzusehenden Wechselwirkungen ebenfalls sachgerecht. Da invaliditätsfremde Aspekte, anders als beim erwähnten Leidensabzug, keine Rolle spielen, rechtfertigt sich jedoch ein niedrigerer, auf 15 ungewichtete Prozentpunkte festgesetzter Maximalansatz. 7.3.7 Eine Rückweisung an die Verwaltung zur näheren Abklärung ist schliesslich nur für den Fall angezeigt, dass das Endergebnis selbst bei Annahme einer entsprechend verringerten Leistungsfähigkeit im einen Tätigkeitsgebiet durch die Beanspruchung im anderen überhaupt beeinflusst würde." (DTF 134 V 12-14) Al riguardo il giudice federale S. Leuzinger-Naef nello studio "Die familienbezogene Rechtsprechung der sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichts im Jahre 2007" in FamPra.ch 1/2009 pag. 112 seg. ha sviluppato le seguenti considerazioni: "

4. Invaliditätsbemessung Hier ist auf die neueste Rechtsprechung zur sogenannten gemischten Methode hinzuweisen, da sie hauptsächlich Anwendung findet auf Personen mit familiären Betreuungspflichten, die ohne gesundheitliche Beeinträchtigung teilzeitlich erwerbstätig und im Übrigen im Aufgabenbereich, insbesondere im Haushalt, tätig wären: Für den Erwerbsbereich wird das Erwerbseinkommen im Gesundheits- und im Krankheitsfall verglichen, für den Aufgabenbereich ist der Umfang der Behinderung im Aufgabenbereich massgeblich. Anschliessend werden die Invaliditätsgrade der beiden Bereiche im Verhältnis der beiden Tätigkeitsbereiche gewichtet. In BGE 125 V 146 war offengelassen worden, ob eine allfällige verminderte Leistungsfähigkeit im erwerblichen Bereich oder im Aufgabenbereich infolge der Beanspruchung im jeweils anderen Tätigkeitsfeld zu berücksichtigen ist. Laut Urteil I 156/04 vom 13. Dezember 2005 sind die Arbeitsunfähigkeit sowie die noch. zumutbaren Tätigkeiten in beiden Bereichen grundsätzlich gleichzeitig, unter Berücksichtigung allfälliger Wechselwirkungen, zu beurteilen. In BGE 134 V 9 wurden die Grundsätze der Beachtlichkeit von Wechselwirkungen zwischen Erwerbs- und Aufgabenbereich präzisiert. So muss die sich aus der schlechten Vereinbarkeit der beiden Tätigkeitsbereiche ergebende negative gesundheitliche Auswirkung offenkundig und unvermeidbar sein. Die Wechselwirkungen sind zudem nur dann gesondert zusätzlich zu berücksichtigen, wenn sie in de Arzt- und Haushaltsabklärungsberichten nicht bereits berücksichtigt wurden, wenn die verbleibende

Arbeitsfähigkeit im erwerblichen Bereich voll ausgenützt wird und wenn Betreuungspflichten vorhanden sind (ansonsten gar keine im Aufgabenbereich vorliegt). Sie sind in jenem Bereich zu berücksichtigen, in dem sie sich stärker auswirken, und die Berücksichtigung ist auf (ungewichtet) 15 % beschränkt. Im Fall einer stark sehbehinderten Frau, die vollzeitlich als Telefonistin tätig gewesen war und nach der Geburt ihres Kindes ihre Erwerbstätigkeit auf 40% reduzieren wollte, diese Absicht aber nicht verwirklichen konnte, da sie wegen ihrer Sehbehinderung neben der familiären Mehrbelastung über keine Kapazitäten für die Ausübung der Berufstätigkeit verfügte, führten diese Präzisierungen zu einer Verneinung des Rentenanspruchs." 2.7. Al fine di determinare il metodo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità, si deve anzitutto appurare se la persona esercitava o meno attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità. Occorre in seguito verificare, fondandosi sulla globalità delle circostanze, se, ipoteticamente, in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa (SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195, 98 V 262; AJP 1994 pag. 784ss; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150ss; STCA del 13 ottobre 1997 nella causa M.M; Valterio, op. cit., pag. 109; Meyer-Blaser, *Rechtssprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht*, BG über die IV, Zurigo 1997, pag. 28, 30; Blanc, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, Fribourg 1999, pagg. 190s).

2.8. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. consid. 3b, I 148/98; Locher, *Grundriss des Sozialversicherungsrechts*, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: "(...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2°, pag. 321 consid. 1°, pag. 324 consid. 1°; RCC 1992 pag. 182 consid. 2° e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)." Secondo la giurisprudenza del TFA questi principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99, del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2° 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 I 404/03 del 23 aprile 2004, in lingua italiana, nella quale il TFA si è così espresso: " 6.2. A determinate condizioni, anche un disturbo da dolore somatoforme - rientrante 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 I 702/03 del 28 maggio 2004, 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 I 770/03 del 16 dicembre 2004, 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).

A proposito dell'esame dei criteri fissati dalla giurisprudenza, in una sentenza 9C_111/2008 del 27 gennaio 2009 l'Alta Corte in un caso concreto si è così espressa: "(...) 3. 3.1 En premier lieu, la juridiction cantonale de recours a constaté l'absence de comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme douloureux. Le recourant ne remet pas en cause cette constatation de fait, qui lie dès lors le Tribunal fédéral (art. 105 al. 1 LTF). 3.2 Le Tribunal cantonal a porté ensuite son examen sur les quatre autres critères que la jurisprudence a posés. Il a constaté que deux de ces critères sont réalisés chez le recourant: d'une part, l'existence d'affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable; d'autre part, la présence d'un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie). En revanche, il a constaté que les deux autres critères font défaut, savoir la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ainsi que l'échec de traitements thérapeutiques ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux. La juridiction cantonale a admis que le recourant ne présente pas de cumul des critères dégagés par la jurisprudence, cela avec une certaine intensité et constance, ce qui l'a conduite à nier l'existence d'un trouble somatoforme douloureux ayant une répercussion sur la capacité de travail. Le recourant invoque une constatation des faits manifestement inexacte et incomplète, en reprochant aux juges cantonaux de les avoir établis en contradiction flagrante avec les rapports médicaux versés au dossier, plus particulièrement celui de l'Hôpital X. _____ du 17 juillet 2007. Toutefois, le recourant n'établit pas que les

constatations de fait du tribunal cantonal seraient manifestement erronées. Non seulement il ne démontre pas que cette autorité aurait constaté à tort que la perte de l'intégration sociale, deuxième critère, se serait étendue à toutes les manifestations de la vie, dès lors qu'il reconnaît conserver quelques contacts avec d'anciens collègues, mais il n'aborde pas le quatrième critère relatif à l'échec des traitements thérapeutiques, dont les premiers juges ont pourtant nié l'existence. En ce qui concerne l'appréciation globale de l'effort de volonté que le recourant pourrait fournir afin de surmonter ses douleurs, l'intéressé reste assez superficiel. Les moyens invoqués dans le recours ne sauraient conduire la Cour de céans à substituer sur ce point l'appréciation du recourant à celle des premiers juges, d'autant que ces derniers ont nié un caractère invalidant aux douleurs en rappelant que seuls deux critères parmi les quatre précités ont pu être retenus. A cet égard, la reconnaissance du premier des quatre critères par le tribunal cantonal ne convainc pas, car la seule présence d'un symptôme induisant un trouble somatoforme douloureux (singulièrement un syndrome fibromyalgique, dont le docteur G. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, a fait état dans un rapport du 14 juillet 2005), ne permet pas encore d'admettre l'existence d'une affection corporelle chronique ou d'un processus maladif. Il en va de même du critère du profit primaire tiré de la maladie que les premiers juges ont aussi retenu, car celui-ci suppose un contexte psychodynamique qui n'est pas réalisé. On ajoutera qu'à la lecture du rapport psychiatrique du 21 juin 2006 dont l'office intimé disposait, la solution retenue dans la décision du 19 février 2007 se concilie avec les principes jurisprudentiels applicables en matière de troubles somatoformes douloureux. Quant à l'incidence du second rapport de l'Hôpital X. _____ du 17 juillet 2007 sur l'issue du litige, l'opinion des premiers juges est pertinente et il peut y être renvoyé." La nostra Massima Istanza, in una sentenza I 873/05 del 19 maggio 2006, 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 (ndr.: 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 I 873/05 del 19 maggio 2006) In una sentenza I 384/06 del 4 luglio 2007, il Tribunale federale 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 sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 621/05 del 13 luglio 2006, consid. 4). (...)” (STF del 4 luglio 2007, I 384/06).

2.9. Nel caso in esame, con lo scopo di accertare in maniera approfondita lo stato di salute dell'assicurata, l'Ufficio AI ha affidato al SAM il mandato di esperire una perizia pluridisciplinare. In tale ambito i medici del SAM hanno valutato la patologia psichiatrica (Dr. _____), quella reumatologica (Dr. _____) e quella gastroenterologica (Dr. _____). Il Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, nel suo referto peritale del 24 agosto 2007, dopo aver illustrato i dati anamnestici e lo status ha posto la seguente diagnosi e valutazione: " (...) Diagnosi: F.68.0 Elaborazione di sintomi fisici per ragioni psicologiche Trattasi di un quadro nevrotico associato alla patologia ortopedica interpretabile come ipocondriaci o lamentazione: una forma psichica inconscia nella quale chiede aiuto e cerca di vincere le proprie ansie, una forma di stile difensivo per allontanare le sue angosce, poco adattivo e risultante con una eccessiva richiesta sanitaria che poi risulta inefficace e così il soggetto non vede una via d'uscita. Incapacità lavorativa (dal punto di vista psichiatrico): Trattasi di una menomazione esigua che non supera 20%." (Doc. AI 16-28) Il Dr. _____, spec. FMH in reumatologia e riabilitazione, nella perizia del 28 settembre 2007, dopo aver riassunto l'anamnesi della paziente, i dati soggettivi e quelli oggettivi, ha posto la seguente diagnosi e valutazione: " (...) 4. DIAGNOSI - fibromialgia - sindrome lombo-vertebrale con componente spondilogeno bilaterale nell'ambito della problematica fibromialgia e su delle alterazioni degenerative discali, in particolar modo a livello del segmento L5/S1, in minor misura L4/L5, con stato dopo sindrome irritativa S1 sinistra - cervicalgie nell'ambito della problematica fibromialgica e su delle iniziali alterazioni di tipo degenerativo. 5. GRADO DI CAPACITÀ DI LAVORO IN % NELL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ LUCRATIVA O DELL'ATTIVITÀ ABITUALE SVOLTA PRIMA DELL'INSORGENZA DEL DANNO ALLA SALUTE Questa paziente presenta dal punto di vista clinico e per quanto riguarda l'evoluzione anamnestica un quadro a carattere fibromialgico. È presente un dolore cronico iniziatosi a livello della colonna lombare già alla fine degli anni '90. Intercorrentemente si è manifestata anche una sindrome a carattere lombosciaticale lungo la gamba sinistra, senza segni deficitari con una possibile irritazione della radice di S1. Una RM della colonna lombare risalente al 2004 ed una TAC del 2005 hanno evidenziato un'ernia discale L5/S1 con compressione possibile della radice di S1 a sinistra. Attualmente dal punto di vista clinico non vi sono segni compressivi o irritativi radicolari. Vi è un deficit sensitivo piuttosto sul lato destro a livello della parte laterale del piede destro, interessante il III, IV e V dito. La forza è mantenuta e simmetrica come pure i riflessi muscolo-tendinei. La paziente non presenta una vera e propria sindrome lombo-vertebrale, ma piuttosto un quadro clinico di dolore diffuso, con la presenza di tutti i tender points necessari per la diagnosi di una fibromialgia. Si tratta in questa paziente di una fibromialgia di tipo primario. Gli accertamenti eseguiti finora sia dei colleghi che l'hanno avuta in cura in particolar modo il Dr. _____, non hanno messo in evidenza altre patologie che possano eventualmente essere all'origine di questa sintomatologia a carattere

fibromialgico. Tenendo in considerazione quindi i reperti clinici e radiologici evidenziabili attualmente, ritengo che primariamente dominante in questa sindrome dolorosa è il quadro fibromialgico. Dobbiamo considerare le problematiche degenerative della colonna lombare solo in parte responsabili della sintomatologia a livello della zona lombare e delle estremità inferiori. In questo senso ritengo che vi siano delle limitazioni funzionali in particolar modo in un'attività lavorativa particolarmente pesante in cui la paziente debba alzare ripetutamente dei pesi superiori ai 15 kg. Anche il mantenere delle posizioni statiche prolungate soprattutto se con la colonna lombare leggermente piegata in avanti sono limitate. Vi è anche una certa limitazione nei movimenti di flessione ed estensione del tronco nonché di rotazione dello stesso. Limitata anche nel mantenimento di posizioni o nello svolgimento di lavori non in posizioni ergonomiche. Tenendo in considerazione quindi queste patologie e le limitazioni che ne derivano, ritengo che nell'attività professionale da ultimo svolta e cioè quella di assistente di cure, vi sia un'incapacità lavorativa del 30%. Anche nell'altra attività professionale antecedentemente svolta di donna di pulizie, la paziente presenta un'incapacità professionale del 30% come pure nell'attività primariamente svolta di cameriera ai piani. Per quanto riguarda invece un'attività lavorativa da considerare medio leggera, durante la quale la paziente può mantenere una posizione ergonomica della colonna vertebrale, alternare la posizione seduta a quella in piedi, non alzare pesi superiori ai 10 kg ripetutamente, evitare di mantenere delle posizioni statiche e lavorare in posizioni ergonomiche per la colonna vertebrale vi è ancora una capacità lavorativa nella forma completa." (Doc. AI 16/22-23) Il Dr. _____, spec. FMH in medicina interna e gastroenterologia, nel suo referto peritale del

E. 29

ottobre 2007, si è così espresso: " (...) 1. Diagnosi dal punto di vista specialistico: ● Portatrice dell'antigene di superficie dell'epatite B (HBs) inattiva con transaminasi normali e viremia molto bassa (inferiore 10.000 copie) ● Morfologia e funzionalità del fegato normali ● Dispepsia intermittente di tipo funzionale e leggeri disturbi tipo colon irritabile ● Disturbi fibromialgici e dolori alla colonna cervicale e lombare da circa 2 anni 2. Capacità lavorativa: La capacità lavorativa è normale per quanto riguarda le alterazioni di laboratorio note dal 1992 e riferibili a un'epatite B inattiva. La funzionalità del fegato in particolare è normale. È improbabile che i disturbi muscolari di tipo fibromialgico siano in relazione con l'epatite B che presenta una viremia molto bassa e nessuna attività infiammatoria. Pure i disturbi addominali intermittenti, di tipo verosimilmente funzionale, non riducono la capacità lavorativa. 3. Evoluzione dello stato di salute: L'assicurata ha un'epatite B in uno stadio cosiddetto di "portatore dell'antigene HBs inattivo" con viremia molto bassa. Non è indicata alcuna terapia medicamentosa. Questa alterazione dei parametri di laboratorio è nota dal 1992, quando in occasione della seconda gravidanza sono stati eseguiti dei controlli sierologici. Sono necessari dei controlli dei parametri epatici con prelievi del sangue regolari dato il rischio di una riattivazione dell'epatite B, che potrebbe richiedere un trattamento con farmaci antivirali. La prognosi a lungo termine è comunque buona. 4. Come si giustifica la diminuzione della capacità lavorativa? Vedi punto 2 e 3. Non vi è diminuzione della capacità lavorativa dal punto di vista della funzione del fegato, normale. 5. Possibilità terapeutiche: Vedi punti precedenti. 6. Provvedimenti di natura integrativa: Non sono necessari provvedimenti d'integrazione per quanto riguarda i problemi del fegato sopraccitati. 7. Ritieni che l'assicurato sia in grado di svolgere altre attività? Vedi sopra." (Doc. AI 16/24-25) Globalmente, quindi, nel rapporto peritale dell'8 novembre 2007 i medici del SAM, sulla base delle risultanze dei singoli consulti e delle

visite ambulatoriali della ricorrente presso il citato centro d'accertamento hanno posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di "Fibromialgia. Sindrome lombovertebrale con componente spondilogeno bilaterale nell'ambito della problematica fibromialgica e su delle alterazioni degenerative discali, in particolar modo a livello del segmento L5-S1, in minor misura L4-L5, con stato dopo sindrome irritativa S1 sin. Cervicalgie nell'ambito della problematica fibromialgica e su delle iniziali alterazioni di tipo degenerativo. Elaborazioni di sintomi fisici per ragioni psicologiche". Quale diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa i periti hanno posto quella di "Portatrice dell'antigene di superficie dell'epatite B (HBs) inattiva, con transaminasi normali e viremia molto bassa (inferiore a 10.000 copia), morfologia e funzionalità del fegato normali" (doc. AI 16-9/10) Quanto alla capacità lavorativa medico – teorica globale, i medici del SAM hanno ritenuto l'assicurata abile al lavoro nella misura del 70% nell'attività finora svolta di assistente di cura, mentre in un'attività lavorativa adeguata l'abilità è dell'80% (doc. AI 16-12/13).

2.10. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TFA ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle

particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Occorre ancora evidenziare che il TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: "(...) La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...) Per quel che riguarda i rapporti del 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 (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte in una sentenza 9C_142/2008 del 16 ottobre 2008 per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice ha precisato quanto segue: "(...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.(...) 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 (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). Va ancora rilevato che, affinché un esame medico in ambito psichiatrico sia ritenuto affidabile, esso deve adempiere diverse condizioni (D. Cattaneo, "La promozione dell'autonomia del disabile:

esempi scelti dalle assicurazioni sociali”, in RDAT II-2003, pag. 571 seg., in particolare la nota 158, pag. 628-629, nella quale vengono citate alcune sentenze federali e cantonali, in particolare la DTF 127 V 294; cfr. D. Cattaneo, “Le perizie nelle assicurazioni sociali” in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (249-254). In quest’ultima sentenza l’Alta Corte ha fatto proprie le considerazioni di Mosimann. In particolare, secondo questo autore (*Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten*, in: SZS 1999 pag. 105 ss), in ambito psichiatrico l’esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell’affezione. Il perito deve anche valutare l’esigibilità della ripresa di un’attività lucrativa da parte dell’assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorboso, l’affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d’integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l’impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d’arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all’insieme dei succitati criteri. Inoltre, l’esperto deve esprimersi sull’aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull’intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l’assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall’anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l’esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001, inc. 32.1999.124). 2.11. Al fine di stabilire il grado d’invalidità, l’Ufficio AI, applicando il metodo misto, ha valutato all’80% la parte dedicata all’attività salariata e al 20% la quota dedicata alle mansioni domestiche. Tale suddivisione deve essere confermata. La stessa si fonda sul questionario del datore di lavoro del 5 dicembre 2006 (doc. AI 5-1) ed è stata confermata dalla ricorrente durante l’inchiesta economica per le persone che si occupano dell’economia domestica e dal suo rappresentante (cfr. doc. AI 27-2, doc. I, pag. 8). 2.12. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute della ricorrente è stato accuratamente vagliato dall’amministrazione prima dell’emissione della decisione impugnata, non ha motivo per mettere in dubbio la valutazione peritale effettuata dal SAM, da considerare dettagliata, approfondita e quindi rispecchiante i parametri giurisprudenziali sopra ricordati. 2.12.1. Nell’ambito della perizia SAM, l’assicurata è stata sottoposta ad un accurato esame psichiatrico, grazie al consulto specialistico del Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia dal quale è emersa la diagnosi di “F68.0 Elaborazione di sintomi fisici per ragioni psicologiche”. Secondo il perito si tratta di una menomazione esigua che non supera il 20% di incapacità lavorativa (doc. AI 16-28). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da tale valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell’interessata. Il rappresentante dell’assicurata nel proprio ricorso ha evidenziato che “... non è in grado di smentire le considerazioni scientifiche espresse nei diversi referti ” (doc. I), e in data 25 gennaio 2010 ha aggiunto che “ nel ricorso ad ogni modo non viene messo in discussione il contenuto della perizia SAM ...” (doc. VI). 2.12.2. Nell’ambito della perizia SAM, l’assicurata è stata sottoposta ad un accurato esame gastroenterologico, grazie al consulto specialistico del Dr. _____, spec. FMH in medicina interna, il quale nel referto del 29 ottobre 2007 ha rilevato che l’assicurata è “ Portatrice dell’antigene di superficie dell’epatite B (HBs) inattiva con transaminasi normali

e viremia molto bassa (inferiore 10.000 copie). Morfologia e funzionalità del fegato normali. Dispepsia intermittente di tipo funzionale e leggeri disturbi tipo colon irritabile ”. Secondo il Dr. _____ non vi è alcuna incapacità lavorativa dal punto di vista gastroenterologico (doc. AI 16-24). Il TCA non ha motivo per distanziarsi da tale valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell’interessata. 2.12.3. Nell’ambito della perizia SAM, l’assicurata è stata sottoposta ad un accurato esame reumatologico, grazie al consulto specialistico del Dr. _____, spec. FMH in reumatologia e riabilitazione, il quale nel referto del 28 settembre 2007 ha posto la diagnosi di “- fibromialgia; sindrome lombo-vertebrale con componente spondilogeno bilaterale nell’ambito della problematica fibromialgica e su delle alterazioni degenerative discali, in particolar modo a livello del segmento L5-S1, in minor misura L4-L5, con stato dopo sindrome irritativa S1 sinistra; - cervicalgie nell’ambito della problematica fibromialgica e su delle iniziali alterazioni di tipo degenerativo” (doc. AI 16-22). Il TCA non ha motivo per distanziarsi nemmeno da tale valutazione peritale, che non è del resto stata smentita da certificati medico-specialistici attestanti delle patologie maggiormente invalidanti, in grado di influire sulla capacità lavorativa residua dell’interessata. Il referto del 31 marzo 2010 del Dr. _____ di _____ non permette a questa Corte una diversa valutazione della fattispecie. Il medico infatti ha posto una diagnosi sovrapponibile a quella dei medici del SAM e concluso che: “ Ich denke, dass ein Teil der Symptomatik durch die Bandscheibenhernien erklärbar ist, aber dazu gibt es ein unklares diffuses Schmerzsyndrom, welches in einem gewissen Masse auch mit Stress und den diversen Muskelverspannungen zusammenhängen kann. Ich habe keine weiteren Termin mit der Patientin vereinbart, stehe jedoch gerne für weitere Fragen zur Verfügung ” (doc. A23). Il Dr. _____ da parte sua, nello scritto del 15 aprile 2010 si è limitato a produrre il referto del Dr. _____ aggiungendo che quest’ultimo gli ha comunicato telefonicamente che l’assicurata non potrà facilmente tornare alla precedente attività lavorativa e una riconversione professionale sarebbe da preferire (doc. A24). Nelle annotazioni del 29 aprile 2010 il medico del SMR, Dr. _____, prendendo posizione sul referto del Dr. _____ e quello del Dr. _____, ha riferito che il quadro descritto corrisponde a quello della perizia SAM senza una sostanziale modifica dello status clinico (doc. XX2). Per quanto riguarda la critica sollevata dalla ricorrente secondo cui la perizia pluridisciplinare SAM non sarebbe completa in quanto l’amministrazione avrebbe dovuto fare capo ad una consultazione di natura ortopedica per i problemi alla colonna lombare dell’assicurata (doc. I, doc. VI), questa Corte rileva che l’Alta Corte in una sentenza 9C_965/2008 del 23 dicembre 2009 si è così espressa: " Basti a tal proposito rilevare che, come in altri settori specialistici della medicina, i confini dell'area di competenza del neurologo, dell'ortopedico e del reumatologo non sono assolutamente netti e, in generale, dipendono dal tipo di affezioni studiate e dalla terapia praticata. Per quanto concerne più precisamente la problematica relativa all'ernia discale - comunque convincentemente esclusa dai medici interpellati dall'opponente - va inoltre precisato che essa non necessariamente è di sola competenza del neurologo, ma può anche essere di pertinenza ortopedica (cfr., alla voce ernia discale, La grande enciclopedia medica UTET, 2007, VI vol., pag. 132), come del resto hanno già (implicitamente) avuto modo di rilevare in altre occasioni le istanze giudiziarie (in questo senso ad esempio sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni U 59/93 del 12 aprile 1994 consid. 2-4)” (Cfr. pure la sentenza del Tribunale federale 9C_466/2009 del 1° marzo 2010). In casu , la problematica

fibromialgica, la sindrome lombo-vertebrale e le cervicalgie sono di competenza anche del reumatologo. Il medico del SMR, Dr. _____, nelle annotazioni del 4 dicembre 2009 ha precisato che “ in Svizzera il reumatologo per formazione ed esperienza professionale risulta essere il medico più idoneo a valutare le problematiche dell'apparato muscolo-scheletrico. L'ortopedico in Svizzera (contrario ad altri paesi) è attivo primariamente a livello chirurgico e non si occupa di regola di dolori cronici del rachide dorsale e di fibromialgia ” (doc. IV bis). Le patologie diagnosticate all'assicurata rientrano dunque nell'area di competenza anche del reumatologo. La ricorrente inoltre, da parte sua, ha, a sua volta, interpellato il Dr. _____, reumatologo del _____ di _____, e non un ortopedico come invece avrebbe potuto fare. Il Dr. _____, come visto, ha anch'egli ripreso la diagnosi del perito interpellato dall'amministrazione. Va qui ricordato che se, da una parte, la procedura davanti al TCA è retta dal principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, dall'altra si rileva che questo principio non è però assoluto, atteso che la sua portata è limitata dal dovere delle parti di collaborare all'istruzione della causa (DTF 122 V 158 consid. 1a, 121 V 210 consid. 6c con riferimenti). Il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di apportare – ove ciò fosse ragionevolmente esigibile – le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (DTF 117 V 264 consid. 3b con riferimenti). In conclusione, rispecchiando la perizia del SAM i criteri di affidabilità e completezza richiesti dalla giurisprudenza (cfr. consid. 2.10.), alla stessa può essere fatto riferimento. Inoltre, richiamato l'obbligo che incombe all'assicurato di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572; Landolt, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweiz. Sozialversicherungsrecht, tesi Zurigo 1995, pag. 61; DTF 113 V 28 consid. 4a e sentenze ivi citate; cfr. anche Meyer Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 221), è da ritenere dimostrato, secondo il grado della verosimiglianza preponderante abitualmente applicato nel settore delle assicurazioni sociali, che l'assicurata è abile al lavoro al 70% nella sua precedente professione di assistente di cura, mentre in attività adeguate e rispettose dei suoi limiti funzionali è da considerare abile al lavoro all'80% 2.13. Per quel che concerne la valutazione della capacità dell'assicurata quale casalinga, l'Ufficio AI ha fatto esperire un'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica: nel rapporto del 19 settembre 2008 l'assistente sociale ha stabilito una limitazione complessiva del 16% (cfr. doc. AI 27-1). 2.14. Come è già stato anticipato ai consid. 2.5.; 2.6., l'invalidità delle persone che si occupano (esclusivamente o parzialmente) dell'economia domestica, è stabilita confrontando le singole attività nell'economia domestica ancora accessibili al richiedente la rendita AI, con i lavori che può eseguire una persona sana. Secondo le regole stabilite dalla prassi amministrativa e riportate alle cifre 2122ss nelle Direttive UFAS sull'invalidità e la grande invalidità in vigore dal 1° gennaio del 1990. In particolare la cifra 2124 prevede: " in occasione dell'esame dell'impedimento - dovuto all'invalidità - riscontrato presso una persona occupata nell'economia domestica, ci si basa generalmente sulla ripartizione dei lavori esistenti prima dell'insorgere dell'invalidità. In primo luogo si deve tuttavia esaminare se l'assicurato non ha la possibilità di usare meglio la sua residua capacità di lavoro mediante un'altra ripartizione dei compiti." La cifra 2122

prevede che: " Quale regola generale si ammette che i lavori di una persona sana occupata nell'economia domestica costituiscono le seguenti percentuali della sua attività complessiva.

| | | | |
|--|---|-----------|----|
| Lavori famiglia che | Economia senza figli e senza richiedono cure % | membri di | |
| domestica, (pianificazione, organizzazione del lavoro, controllo | 1. Conduzione dell'economia | | |
| 5 2. Spese e acquisti diversi | 10 3. Alimentazione | | |
| (preparazione dei pasti, lavori di pulizia della cucina) | | 40 4. | |
| Pulizia dell'appartamento | 10 5. Bucato, pulizia dei vestiti, confezione e | | |
| trasformazione degli abiti, (cucito, maglia, uncinetto) | | 10 | |
| 6. Cura dei figli e di altri membri della famiglia | | --- | 7. |
| Diversi (cura di terzi, cura delle piante e degli animali, giardinaggio) | | | |

5 8. Altre attività (p. es. aiuto alla famiglia stessa, attività di utilità pubblica, perfezionamento, creazione artistica, attività superiore alla media nella confezione e nella trasformazione dei vestiti).

20" In Pratique VSI 1997 pag. 299ss, l'UFAS ha precisato di aver emesso delle direttive supplementari (supplemento 1 alle Direttive sull'invalidità e sulla grande invalidità, valido dal 1. gennaio 1993) che accordano il diritto agli Uffici AI dei diversi cantoni di valutare la sfera di competenze di una persona attiva nell'economia domestica su casi differenti (cifre 2127ss.). In una sentenza del 17 febbraio 1997 nella causa M.T. (pubblicata in Pratique VSI 1997 pag. 298ss) il TFA ha stabilito che il complesso delle occupazioni abituali degli assicurati attivi in ambito domestico deve corrispondere, in ogni caso, ad un valore pari al 100%. Una differenziazione che si orienta alle dimensioni dell'economia domestica con la conseguenza che, in caso di economia domestica di dimensioni ridotte si ammetterebbe un aggravio complessivo inferiore al 100%, è contrario alla legge e alle ordinanze. Inoltre nella Circolare concernente l'invalidità e l'impotenza dell'assicurazione per l'invalidità (CII), in vigore dal 1° gennaio 2000, l'UFAS, allo scopo di garantire un'uguaglianza di trattamento in tutta la Svizzera (cfr. Cifra 3097), ha previsto una nuova ripartizione delle singole attività domestiche sulla base di un minimo ed un massimo - che nel caso concreto risultano essere stati rispettati - attribuibile a ciascuna di esse. In particolare la cifra 3095 prevede: " Di regola, si ammette che i lavori di una persona sana occupata nell'economia domestica costituiscono le seguenti percentuali della sua attività complessiva: Attività Minimo % Massimo % 1. Conduzione dell'economia domestica (pianificazione, organizzazione, ripartizione del lavoro, controllo) 2 5 2. Alimentazione (preparare i pasti, cucinare, apparecchiare, pulire la cucina, approvvigionamento) 10 50 3. Pulizia dell'abitazione (spolverare, passare l'aspirapolvere, curare i pavimenti, pulire le finestre, fare i letti) 5 20 4. Acquisti e altre mansioni (posta, assicurazioni, uffici) 5 10 5. Bucato, manutenzione vestiti (lavare, stendere e raccogliere il bucato, stirare, rammendare, pulire le scarpe) 5 20 6. Accudire i figli o altri familiari 0

E. 30

% percentuale di invalidità 6 % È in questo ambito che la signora RI 1 riscontra le maggiori difficoltà. Spiega di dover prestare molta attenzione ai propri movimenti e alle posizioni che assume mentre lavora poiché i dolori si intensificano notevolmente impedendole di attivarsi nei giorni successivi allo sforzo sostenuto. In questa situazione, per non peggiorare la propria qualità di vita, la signora RI 1 preferisce evitare di utilizzare il pesante aspirapolvere ad acqua, evita di lavare i vetri, strofinare energicamente, lavorare con le braccia alzate o con il tronco curvo, ecc. I figli si occupano dell'ordine e della pulizia delle loro rispettive camere, il marito esegue tutte le mansioni più pesanti. Personalmente la signora RI 1

utilizza la scopa leggera alla quale applica dei panni in microfibra per pulire i pavimenti, riordina, spolvera lavorando alla sua altezza. Si inginocchia per pulire in basso e lavora in posizioni ergonomiche come nel frattempo le è stato insegnato. Si dice demoralizzata rispetto a questa situazione e alla mancanza di libertà di movimento e di lavoro. Ricorda di essere stata una persona energica e attiva e di essersi sempre occupata personalmente di tutti i lavori domestici. Nel tempo ha però constatato che se si sottopone a sforzi anche minimi i dolori diventano insopportabili per cui lavora secondo un ritmo molto personale che la obbliga ad attendere il momento migliore e distribuire le varie attività sull'arco di più giorni. Per le limitazioni descritte dall'assicurata e certificate medicalmente gli impedimenti possono essere valutati al 30 % ritenuta esigibile, anche in questo ambito, la collaborazione dei familiari.

5.4 Spesa e acquisti diversi compresi pagamenti, trattative assicurazioni e rapporti ufficiali importanza assegnata 10% percentuale degli impedimenti 10 % percentuale di invalidità 1 % La signora RI 1 non guida. Si reca a fare la piccola spesa giornaliera a piedi ed evita di caricarsi di troppo peso. Le piace camminare e stare all'aperto ma dopo tre quarti d'ora si sente stanca, le gambe pesanti e preferisce tornare a casa. Impensabile dedicarsi allo shopping o stare fuori casa molte ore. Ha la sensazione che la sua muscolatura si irrigidisca e si sente limitata nei movimenti. La spesa settimanale la effettua con il figlio o il marito che l'accompagnano in automobile e si fanno carico del trasporto degli acquisti. Si tratta di un'abitudine familiare presente anche prima della sua malattia. Personalmente non ha mai pensato di dotarsi di una borsa-carrello da utilizzare per la piccola spesa ma teme che non le sarebbe molto d'aiuto visto che dovrebbe comunque "tirarla" o spingerla. Si occupa personalmente del disbrigo dei pagamenti e delle questioni amministrative familiari. La signora RI 1 sottolinea come la sua vita sia cambiata sotto molti punti di vista dopo l'insorgenza dei dolori diffusi in tutto il corpo. Sente di aver perso la sua vitalità e vive in uno stato di stanchezza costante. Dal punto di vista medico, secondo la perizia, non sono descritti impedimenti funzionali tali da essere tradotti in una percentuale di impedimento per motivi motorici mentre si riconosce un'inabilità del 20% quale somma di diversi fattori. Pertanto riconoscendo il malessere vissuto dall'assicurata e le limitazioni conseguenti, sempre ritenuta esigibile la collaborazione dei familiari, valuto gli impedimenti al 10 %.

5.5 Bucato, confezione e riparazioni di indumenti lavare, stendere, stirare, cucire, lavorare a maglia, ecc. importanza assegnata 20% percentuale degli impedimenti 10 % percentuale di invalidità 2 % Ha da poco installato una lavatrice in casa per evitare di dipendere dai familiari nel portare la biancheria in lavanderia e rispettare il proprio turno. In questo modo ha la libertà di fare frequenti e piccoli bucati e far fronte al lavoro in modo più consono alle sue difficoltà. La signora RI 1 afferma di aver rinunciato allo stiro mentre, prima della malattia, stirava l'intero bucato. Il dolore alla spalla e nella zona cervicale si intensifica immediatamente per cui presta molta più attenzione nel stendere la biancheria per esempio, appendendo le magliette agli attaccapanni, evitando un'eccessiva centrifugazione, limitandosi quindi a piegare magliette, pantaloni, ecc. Nessuno in famiglia veste camicie. L'assicurata ha adottato gli accorgimenti necessari per rendersi autonoma ma non nasconde la sua tristezza nel constatare di non essere più in grado di eseguire una semplice attività come lo stiro. Non era nelle sue abitudini cucire o lavorare a maglia. Considerando lo stiro una cura della biancheria e dell'abbigliamento, di conseguenza anche del proprio aspetto, seppur la signora RI 1 si è resa autonoma, attribuisco un impedimento del 10 % poiché, di fatto, ha rinunciato ad eseguire un'attività comunemente ritenuta utile.

5.6 Cura dei bambini e di altri membri della famiglia compresa educazione, attività comuni, compiti, ecc. importanza assegnata 0% percentuale degli

impedimenti 0 % percentuale di invalidità 0 % -- 5.7 Diversi cura delle piante, giardinaggio, cura degli animali, attività di utilità pubblica, creazione artistica, impegno a favore di terzi, volontariato importanza assegnata 0 % percentuale degli impedimenti 0 % percentuale di invalidità 0 % -- Valutazione dell'assistente sociale totale delle attività 100 % percentuale di invalidità 16 % ■ Chi esegue i lavori, che a causa della sua invalidità, l'assicurata non può svolgere personalmente nell'economia domestica? Indicare il nome, l'indirizzo, il grado di parentela, genere dei lavori delegati, ore di lavoro per settimana e salario orario versato. I familiari. 6. GRADO ATTUALE DEGLI IMPEDIMENTI attività ripartizione Impedimento GRADO D'INVALIDITÀ salariata 80 % casalinga 20 % 16 % 3,2 TOTALE Da quando il danno alla salute ha avuto ripercussioni sulla capacità al lavoro? Dall'agosto 2006. OSSERVAZIONI PERSONALI DELL'ASSISTENTE SOCIALE Colloquio effettuato con la collega _____." (Doc. AI 27/4-7) Sulla base degli accertamenti fatti presso il domicilio dell'assicurata, dopo aver fissato gli impedimenti di ogni singola mansione casalinga, l'assistente sociale ha quindi stabilito una limitazione complessiva del 16%. Valutando i singoli impedimenti, con motivazioni pertinenti, la responsabile ha tenuto conto delle dichiarazioni dell'assicurata in merito alle limitazioni ad eseguire talune mansioni domestiche. Va innanzitutto rilevato che nell'inchiesta economica in questione è stata correttamente stabilita una ripartizione delle singole attività domestiche nel rispetto dei parametri di cui alla cifra marginale 3095 CII, attribuendo un valore complessivo del 100% all'insieme dei lavori abituali svolti dall'assicurata nell'ambito dell'economia domestica. D'altra parte, esaminate singolarmente le valutazioni dell'assistente sociale circa gli impedimenti dovuti all'invalidità, questo Tribunale ritiene che non siano ravvisabili elementi che consentano di mettere in dubbio l'attendibilità della valutazione operata dall'assistente sociale, la quale non appare arbitraria e risulta conforme alle circostanze ed ai riscontri concreti e in particolare alle indicazioni fornite dall'assicurata medesima nell'ambito dell'inchiesta domiciliare, le quali risultano infatti del tutto attendibili. Inoltre, è da ritenere che le valutazioni degli impedimenti relativi alle singole mansioni domestiche siano del tutto affidabili e compatibili con gli impedimenti accertati in sede medica. Nella fattispecie, già è stato detto che per quanto riguarda l'aspetto medico, la perizia del SAM ha compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurata sulla base di accertamenti approfonditi e completi (sul valore probatorio di rapporti medici cfr. in particolare DTF 125 V 352 consid. 3a con riferimenti, 123 V 176, 122 V 161; cfr. consid. 2.10.). Per quanto d'altro canto riguarda la valutazione operata dall'assistente sociale, giova anzitutto rilevare che, posta la conformità ai succitati parametri delle percentuali di ripartizione applicate in concreto con riferimento alle singole mansioni componenti l'attività domestica, nei casi come quello in esame occorre tenere conto anche della ripartizione dei compiti e dei ruoli derivanti dall'obbligo di reciproca assistenza e cooperazione alla prosperità dell'unione coniugale consacrato dal diritto matrimoniale (art. 159 cpv. 2 e 3 e art. 163 CC; Pratique VSI 1996 pag. 208; DTF 117 V 197), ciò che in casu permette senz'altro di ritenere sicuramente adeguate le percentuali d'impedimento evidenziate con riferimento alle mansioni comportanti un maggior impiego e sforzo fisico, le quali tengono giustamente conto della parziale collaborazione del marito e dei figli maggiorenni, che risultano peraltro giustificate anche alla luce delle suevocate risultanze mediche. A tal proposito va nuovamente attirata l'attenzione della ricorrente sull'obbligo per l'assicurato di diminuire il danno che scaturisce da un principio generale delle assicurazioni sociali (DTF 115 V 53, 114 V 285 consid. 3). In virtù di tale obbligo anche le persone occupate nell'economia domestica devono contribuire, di loro propria iniziativa e

in misura ragionevolmente esigibile, al miglioramento della loro capacità al lavoro, segnatamente ripartendo meglio le incombenze e in generale ricorrendo all'aiuto dei familiari nella misura usuale secondo le particolari circostanze (RCC 1984 p. 143 consid. 5; precitate sentenze del TFA I 407/92 e I 35/00). Alla luce delle considerazioni che precedono e tenuto conto di tutte le circostanze concrete, questo TCA non può che ritenere corretto il grado d'invalidità dell'assicurata quale casalinga stabilito dall'UAI sulla base dell'accertamento domiciliare.

2.16. Essendo quindi esigibile che l'assicurata sfrutti la sua residua capacità lavorativa del 70% nella sua precedente professione e dell'80% in attività adeguate, ricordato inoltre che l'invalidità nell'ambito delle assicurazioni sociali svizzere è un concetto di carattere economico■giuridico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b, 110 V 275 consid. 4a), occorre esaminare le conseguenze del danno alla salute dal profilo economico. Ai fini della valutazione economica, nel rapporto del 26 settembre 2008, la consulente in integrazione professionale, tenuto conto delle valutazioni mediche e dei limiti funzionali illustrati ha indicato che l'assicurata potrebbe esercitare attività semplici, leggere e non qualificate nel settore secondario (operaia generica nell'industria farmaceutica, alimentare, meccanica con mansioni d'assemblaggio, produzione, stampa, rifinitura, controllo / sorveglianza del funzionamento e della qualità...) e nel settore terziario (venditrice cassiera non qualificata, impiegata d'ufficio non qualificata) (doc. AI 28-2).

2.17. Preliminarmente va ricordato che, secondo la giurisprudenza, per il raffronto dei redditi fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01), per cui, come correttamente ritenuto dall'UAI, sono determinanti i dati del 2007.

2.18. Per quanto concerne il reddito da valido, il cui importo non è stato del resto contestato in sede di ricorso, nel rapporto finale del 26 settembre 2008 la consulente in integrazione professionale ha indicato che, senza il danno alla salute, lavorando all'80% come ausiliaria di cura l'interessata avrebbe percepito fr. 47'679.-- (doc. 28-2). Al riguardo è utile rammentare che il Tribunale federale delle assicurazioni ha ribadito in diverse occasioni che il metodo misto applicato ad assicurati che svolgono un'attività lucrativa unicamente a tempo parziale e consacrano il resto del loro tempo all'attività casalinga è conforme alla legge e alla volontà del legislatore. Nemmeno è stata ravvisata una violazione dell'art. 8 CEDU (cfr. STFA I 276/05 del 24 aprile 2006, parzialmente pubblicata in plaidoyer 5/06 pag. 54 segg.; SVR 2006 IV Nr. 42). In una sentenza I 246/05 del 30 ottobre 2007, pubblicata in DTF 134 V 9, il Tribunale federale ha indicato che, nell'ambito della valutazione dell'invalidità secondo il metodo misto, una eventuale ridotta capacità nell'ambito professionale o nell'ambito dell'adempimento delle mansioni consuete (secondo l'art. 27 OAI [nella versione in vigore dal 1° gennaio 2004]) in seguito a maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività è da prendere in considerazione solo a determinate condizioni (consid. 7). Dagli atti all'incanto non emergono indizi tali da fare ritenere che nel caso di specie le riduzioni della capacità nell'ambito professionale e in quello casalingo siano influenzate da maggiori sforzi compiuti nell'altro settore d'attività (cfr. al riguardo in particolare la perizia del SAM).

2.19. Per quanto riguarda il reddito da invalido, va ricordato che lo stesso è determinato sulla base della situazione professionale concreta dell'interessato, a condizione però che quest'ultimo sfrutti in maniera completa e ragionevole la capacità lavorativa residua e che il reddito derivante dall'attività

effettivamente svolta sia adeguato e non costituisca un salario sociale ("Soziallohn") (DTF 126 V 76 consid. 3b/aa e riferimenti). Se invece non esiste un siffatto guadagno, in particolare perché l'assicurato non ha intrapreso una attività lucrativa da lui esigibile, il reddito da invalido, da contrapporre a quello da valido nella determinazione del grado di invalidità, può essere ricavato dai rilevamenti statistici ufficiali, editi dall'Ufficio federale di statistica, che si riferiscono agli stipendi medi nelle principali regioni e categorie di lavoro (DTF 126 V 76 consid. 3b/bb; RCC 1991 p. 332 consid. 3c, 1989 p. 485 consid. 3b). Inoltre, va rilevato che, secondo la giurisprudenza federale, per gli assicurati che, a causa della particolare situazione personale o professionale (affezioni invalidanti, età, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione ecc.), non possono mettere completamente a frutto la loro capacità residua nemmeno in lavori leggeri e che pertanto non riescono di regola a raggiungere il livello medio dei salari sul mercato, viene operata una riduzione percentuale sul salario teorico statistico. Il TFA ha precisato, al riguardo, come una deduzione globale massima del 25% del salario statistico permettesse di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale procede da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, il giudice non può senza valido motivo sostituire il suo apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (DTF 126 V 80 consid. 5b/cc). L'Alta Corte ha stabilito che sono esclusivamente applicabili, in difetto di indicazioni economiche concrete, i dati salariali nazionali risultanti dalla tabella di riferimento TA1 dell'inchiesta sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica e non i valori desumibili dalla tabella TA13, che riferisce dei valori in relazione alle grandi regioni (SVR 2007 UV nr. 17, STFA I 222/04 del 5 settembre 2006). In una sentenza del 7 aprile 2008 (32.2007.165) questa Corte, fondandosi sulla sentenza U 8/7 del 20 febbraio 2008, ha stabilito che "(...) 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) (...)". In un'altra sentenza 8C_399/2007 del 23 aprile 2008 al consid. 6.2 il TF ha lasciato aperta la questione a sapere se l'adeguamento va ammesso solo nel caso in cui il valore fosse chiaramente sotto la media ("deutliche Abweichung"). Tale è di regola stata ritenuta una differenza del 10% (SVR 2004 UV no. 12 pag. 45 consid. 6.2; dell'8% nella sentenza U 463/06 del 20 novembre 2007). La questione è stata definitivamente risolta dalla nostra Massima Istanza, la quale nella sentenza 8C_44/2009 del 3 giugno 2009 ha ricordato che: " 3.3 In una recente sentenza 8C_652/2008 dell'8 maggio 2009, non ancora pubblicata nella Raccolta ufficiale, il Tribunale federale, precisando la propria giurisprudenza, ha stabilito che quando il reddito effettivamente conseguito differisce di almeno il 5% rispetto al salario statistico riconosciuto nel corrispondente settore economico, esso deve essere considerato considerevolmente inferiore alla media nel senso della DTF 134 V 322 e può - in caso di adempimento degli altri presupposti - giustificare un parallelismo dei redditi di raffronto (consid. 6.1.2). A questo parallelismo si procederà però soltanto limitatamente alla parte percentuale eccedente la soglia determinante del 5% (consid. 6.1.3). Questa Corte ha nella stessa sentenza confermato che i fattori estranei all'invalidità di cui si dovesse già aver tenuto conto con il parallelismo non possono essere presi in considerazione una seconda volta nell'ambito della deduzione per circostanze personali e professionali." In applicazione della giurisprudenza sviluppata nella sentenza del 7 aprile 2008 (inc. 32.2007.165), utilizzando i dati forniti dalla tabella TA1 2006 elaborata dall'Ufficio federale di statistica,

la ricorrente, svolgendo nel 2006 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. 4'019.-- Riportando questo dato su 41.7 ore (cfr. tabella B 9.2, pubblicata in La Vie économique, 7/8-2009, p. 90), esso ammonta a fr. 4'189.80 mensili oppure a fr. 50'277.69 per l'intero anno (fr. 4'189.80 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). Dopo adeguamento all'indice dei salari nominali ("Nominallohnindex" - cfr. DTF 126 V 81 consid. 7a e STCA del 20 febbraio 2001 nella causa R.), si ottiene, per il 2007, un reddito mensile di fr. 4'258.32 oppure di fr. 51'099.89 per l'intero anno (fr. 4'258.32 x 12). L'assicurata, quale ausiliaria di cura, avrebbe guadagnato nel 2007 fr. 47'679.--/ anno per un'occupazione all'80% che proiettati al 100% danno un importo di fr. 59'598.75. Tale reddito si situa sopra la media dei salari svizzeri per un'attività equivalente (cioè fr. 56'414.69 annui per il 2007; cfr. Tabella TA1 2006 p.to 85 "Sanità e servizi sociali", livello di qualifica 4, dopo adeguamento all'evoluzione salariale per il 2007: 4'437.-- x 12 mesi = 53'244.--, riportato su 41.7 + adeguamento all'indice dei salari nominali). 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. 2.20. 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). In una sentenza del 25 luglio 2005 nella causa J., I 147/05, consid. 2, il TFA ha proceduto ad una riduzione del 15% sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato straniero, nato nel 1953 e al beneficio di un permesso di domicilio, che, a causa del danno alla salute, era stato giudicato in grado di svolgere un'attività adeguata in misura del 60%. La nostra Corte federale ha ritenuto suscettibili di incidere sul livello di reddito ancora conseguibile dall'assicurato, gli impedimenti funzionali derivanti dal danno alla salute (10%), così come il fatto di poter lavorare soltanto a tempo parziale (5%): " 2.4 Aufgrund der zu Recht nicht bestrittenen Auffassung der Gutachter des Instituts Y. _____ vom 4. April 2003 ist dem Beschwerdegegner die angestammte Tätigkeit als Schweisser nicht mehr zumutbar, während körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere adaptierte Tätigkeiten zu 60% zumutbar sind (d.h. wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten über 5 bis 10 kg repetitiv und vereinzelt über 15 kg, ohne Überkopftätigkeiten und ohne Tätigkeiten in gebückter Haltung mit Rotation der Wirbelsäule). Aufgrund dieser Einschränkungen sind keine triftigen Gründe ersichtlich, um von einem leidensbedingten Abzug abzusehen; dies wird von der Beschwerde führenden Verwaltung denn auch nicht bestritten. 2.5 Entgegen der Auffassung im kantonalen Entscheid ist die Nationalität hier zu vernachlässigen angesichts der Tatsache, dass die statistischen Löhne aufgrund der Einkommen der schweizerischen und der ausländischen Wohnbevölkerung erfasst werden (AHI 2002 S. 70) und der Beschwerdegegner kein Saisonnier ist, sondern über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (Urteil S. vom 16. April 2002, I 640/00 [Zusammenfassung in HAVE 2002 S. 308]). Damit gehört der Versicherte vielmehr einer Ausländerkategorie an, für welche der monatliche Männer-Bruttolohn im Anforderungsniveau 4 sogar etwas über dem

entsprechenden, nicht nach dem Merkmal der Nationalität differenzierenden Totalwert liegt (Lohnstrukturerhebung 2000 S. 47 Tabelle TA12 sowie Lohnstrukturerhebung 2002 S. 59 Tabelle TA12). Es ist denn auch dieser Totalwert die massgebende Vergleichsgrösse und nicht etwa das Einkommen der Schweizer (wie es die Vorinstanz angenommen hat), da sich Tabellenlöhne aus den Einkommen der In- und Ausländer zusammensetzen.

2.6 Die IV-Stelle führt in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde zwar zu Recht aus, "dass Teilzeitangestellte nicht zwingend weniger als Vollzeittätige verdienen (zum Beispiel in Beschäftigungsbereichen, in denen Teilzeitarbeit Nischen auszufüllen vermag, die arbeitgeberseits stark nachgefragt und dementsprechend entlohnt werden ...)." Jedoch wird das Invalideneinkommen hier allein aufgrund statistischer Angaben festgesetzt, so dass die statistisch erhärtete Tatsache der Lohneinbusse von teilzeitarbeitenden Männern im massgebenden Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) zu berücksichtigen ist (vgl. Lohnstrukturerhebung 2000 S. 24 T8 sowie Lohnstrukturerhebung 2002 S. 28 T8), auch wenn in diesem Rahmen der prozentuale Minderverdienst nicht schematisch dem Abzug gleichzusetzen ist (vgl. BGE 126 V 79 Erw. 5b/aa).

2.7 Damit sind im Rahmen des Abzuges die leidensbedingten Einschränkungen des Versicherten (vgl. Erw. 2.4) sowie die Möglichkeit, nur noch Teilzeit arbeiten zu können (Erw. 2.6 hievore), zu berücksichtigen. Da die IV-Stelle in Verfügung und Einspracheentscheid keinen Abzug wegen Teilerwerbstätigkeit berücksichtigt hat, obwohl dies angemessen gewesen wäre, lag für das kantonale Gericht ein triftiger Grund vor, sein Ermessen an die Stelle desjenigen der Verwaltung zu setzen; die abweichende Ermessensausübung erweist sich deshalb insoweit als näher liegend (vgl. Erw. 2.3 hievore). Indessen hat die Vorinstanz zu Unrecht auch den Ausländerstatus des Beschwerdegegners berücksichtigt (Erw. 2.5 hievore). Die IV-Stelle hat jedoch die leidensbedingten Einschränkungen - angesichts der Beschwerden - mit einem Abzug von 10% vom Tabellenlohn berücksichtigt; wird auch der Tatsache Rechnung getragen, dass der Beschwerdegegner nur noch teilerwerbstätig sein kann, erscheint - gesamthaft gesehen - das Ermessen der Vorinstanz als näher liegend. Damit hatte diese genügend triftige Gründe, um vom Abzug der Verwaltung abzuweichen, so dass ein solcher in Höhe von 15% vorzunehmen ist, was zu einem Invaliditätsgrad von 52% und damit zum Anspruch auf eine halbe Invalidenrente führt." (STFA succitata) In un'altra pronunzia del 25 luglio 2005 nella causa Y., U 420/04, consid. 2 - riguardante un assicurato straniero, nato nel 1961 e al beneficio di un permesso di domicilio, totalmente abile in attività lavorative leggere da un profilo dell'impegno fisico - lo stesso TFA ha nuovamente applicato una decurtazione del 15% ("Dem Beschwerdegegner sind aus medizinischer Sicht unbestrittenermassen keine schweren Arbeiten mehr zumutbar (vgl. Erw. 2.5.1 hievore), sodass er den bisher ausgeübten Tätigkeiten nicht mehr nachgehen kann. Mit den von der SUVA verfügten 15% wird sowohl dem Verlust, Schwerarbeit leisten zu können, als auch der leidensbedingten Einschränkung, die für sich nicht sehr ausgeprägt ist, angemessen Rechnung getragen"). In una sentenza del 25 aprile 2005 nella causa R., inc. 35.2004.104, il TCA ha fornito alcune indicazioni circa le modalità secondo le quali deve essere applicata la riduzione percentuale sul reddito statistico da invalido, argomentando: " Su quest'ultimo punto, il TCA ha attentamente esaminato alcune recenti sentenze federali e ne ha ricavato l'impressione di una prassi non sempre coerente. A titolo di esempio, in una sentenza del 14 febbraio 2005 nella causa T., I 594/04, consid. 2.3, il TFA ha indicato che l'età dell'assicurato (47 anni al momento del rilascio della decisione impugnata) non rappresentava un fattore di riduzione, stabilendo inoltre che i lavoratori ausiliari, su un mercato equilibrato del lavoro, vengono richiesti a prescindere dalla loro età e quindi che, in

queste attività, l'età di per sé non influisce sul livello retributivo. Per conto, in una pronuncia del 20 gennaio 2005 nella causa R., I 138/04, consid. 4.3., la stessa Alta Corte federale ha applicato una riduzione sul reddito statistico da invalido, trattandosi di un assicurato di 35 anni, dichiarato completamente abile in attività semplici e ripetitive nel settore dei servizi, "en regard de l'âge de l'assuré et des limitations résultant de l'atteinte à sa santé" (la sottolineatura è del redattore). In un'altra sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., B 67/04, consid. 3.3.2 - concernente un assicurato di 54 anni al beneficio di un permesso di domicilio - l'Alta Corte non ha ritenuto che l'età costituisca un fattore di riduzione. Del resto, con riferimento all'art. 28 cpv. 4 OAINF (cfr. consid. 2.4.), la giurisprudenza federale ha stabilito che questa disposizione torna applicabile agli assicurati che, alla data di inizio della rendita di invalidità, hanno un'età attorno ai 60 anni (cfr. DTF 123 V 419 consid. 1b; SVR 1995 UV 35, p. 105 consid. 2b). Al fine di garantire l'uguaglianza di trattamento fra assicurati (circa la necessità di introdurre dei criteri obiettivi allo scopo di evitare disparità di trattamento, cfr. DTF 123 V 104 consid. 3e, DTF 115 V 138ss. consid. 6-7, 405ss., consid. 4-6; STFA del 24 febbraio 2005 nella causa S., U 80/04, consid. 4.2.1), questo Tribunale – chiamato peraltro, in talune circostanze, a direttamente quantificare la riduzione percentuale (cfr., ad esempio, la STFA del 25 febbraio 2003 nella causa P., U 329 + 330/01) – e visto che il problema si pone in modo analogo in alcuni importanti settori delle assicurazioni sociali (assicurazione per l'invalidità, previdenza professionale, assicurazione contro gli infortuni e assicurazione contro le malattie), ritiene di dover fornire le seguenti indicazioni. Ad ognuno dei fattori di rilievo indicati dalla giurisprudenza federale corrisponde una decurtazione del 5%. Per quanto riguarda specificatamente la riduzione percentuale legata alla limitazione addebitabile al danno alla salute, l'esistenza, in un caso concreto, di impedimenti di una particolare gravità, che in genere limitano l'assicurato anche nell'esercizio di un'attività sostitutiva, può comunque giustificare l'applicazione di una riduzione più elevata (cfr., in questo senso, la STFA del 16 febbraio 2005 nella causa C., I 559/04, consid. 2.2, in cui la Corte federale ha avallato la riduzione decisa dall'amministrazione (15%), trattandosi di un assicurato abile soltanto parzialmente in attività leggere, la STFA del 17 febbraio 2005 nella causa B., I 1/04, consid. 4.3.4, in cui è stata applicata una decurtazione del 10% per tenere conto delle difficoltà legate al danno alla salute e la STFA del 23 febbraio 2005 nella causa B., I 632/04, consid. 4.2.2, in cui è stata confermata una riduzione del 15% per ragioni di salute). La presenza cumulativa di più fattori legittima l'applicazione della riduzione massima del 25% (cfr., in questo senso, la STFA del 4 febbraio 2003 nella causa S., U 311/02, consid. 4.3). Nella già citata sentenza del 23 febbraio 2004 nella causa M., il TFA ha applicato una deduzione globale del 15% motivata dagli impedimenti legati al danno alla salute, ritenendo assenti gli altri fattori di riduzione (anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado di occupazione)." (STCA succitata, consid. 2.11.) In concreto, la consulente non ha applicato riduzioni dal reddito statistico (cfr. rapporto del 26 settembre 2008, doc. AI 28-3). Nel rapporto del 22 aprile 2010 ha aggiunto che "... non è giustificata alcuna riduzione al reddito da invalido. Eventualmente, si potrebbe concedere una riduzione del 2% per il permesso di domicilio. Tale percentuale è talmente ininfluenza e non porterebbe ad una notevole modifica che non la si tiene in considerazione" (doc. XX1). La ricorrente da parte sua ha postulato il riconoscimento della deduzione massima (25%) "per meglio tener conto delle condizioni personali" (doc. XV). Il TCA non vede alcun motivo per sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione. Questa soluzione si giustifica tanto più se si considera che per costante giurisprudenza il Giudice non può

scostarsi dalla valutazione dell'amministrazione senza fondati motivi (cfr. DTF 126 V 80 consid. 5b/dd e 6). Partendo, quindi, da un salario da invalida di fr. 51'099.89 ritenuto che, come visto in precedenza (cfr. consid. 2.12.3.) da un punto di vista medico, l'assicurata può esercitare un'attività adeguata al suo stato di salute all'80%, il reddito statistico citato va ridotto del 20% e ammonta a fr. 40'879.91 (fr. 51'099.89 ridotti del 20%). Confrontando questo dato con l'importo di fr. 47'679.-- corrispondenti al reddito che l'insorgente avrebbe conseguito da valida nell'anno 2007 (cfr. consid. 2.18.), emerge un'incapacità al guadagno del 14,26% arrotondato al 14% secondo la giurisprudenza di cui alla DTF 130 V 121 consid. 3.2. = SVR 2004 UV Nr. 11 pag. 41). 2.21. Per quanto riguarda l'esigibilità lavorativa nell'attività abituale questo Tribunale, constatato che l'assicurata conserva una capacità lavorativa residua del 70% nella sua precedente attività di assistente di cura, nella quale è in grado di conseguire, mettendo a frutto la sua capacità lavorativa residua, un reddito corrispondente al 70% del reddito realizzabile senza il danno alla salute (100%), ritiene che l'incapacità lucrativa della ricorrente ammonta al 30% (cfr. al riguardo DTF 114 V 310 consid. 3a pag. 313 con riferimenti; STF 9C_776/2007 del 14 agosto 2008). Va qui rilevato che il Tribunale federale, in una sentenza 9C_294/2008 del 19 marzo 2009, ha ancora una volta ritenuto corretto considerare che un'assicurata, inabile al lavoro al massimo al 30% sia nella sua professione abituale, che in altre attività, presenta un grado di invalidità del 30%. Alla medesima soluzione l'Alta Corte è arrivata in una sentenza 8C_558/2008 del 17 marzo 2009 per un assicurato inabile al lavoro al 50% nella sua professione. Da notare che nella decisione impugnata l'UAI è giunto ad un grado di invalidità, per la quota parte di salariata, del 30% tenendo conto di un reddito da invalida di 33'375.30 (partendo dal reddito da valida di fr. 47'679.-- e considerata un'esigibilità dal profilo medico del 70%). L'amministrazione ha infatti ritenuto che l'assicurata potesse sfruttare al meglio la capacità di guadagno residua nell'attività di ausiliaria di cure. Sia per quanto riguarda il salario da invalida in attività adeguate che nell'ultima attività lavorativa esercitata, l'UAI ha adattato il salario da invalida alla percentuale di lavoro svolta prima dell'insorgenza del danno alla salute (80%). Il TCA non può concordare con questo calcolo eseguito dall'amministrazione. Va infatti evidenziato che nella STF 9C_293/2007 del 20 maggio 2008, il Tribunale federale ha annullato la decisione cantonale - con la quale il primo giudice aveva dimezzato la rendita spettante ad un'assicurata (anziché ridurla ad un quarto, come deciso dall'UAI), dopo avere raffrontato il reddito che avrebbe potuto percepire l'assicurata, lavorando al 100% nella sua usuale attività (che ella esercitava al 50%) con quanto avrebbe potuto guadagnare, al 50%, in attività adeguate - sottolineando che nel raffronto dei redditi, in applicazione del metodo misto, occorre confrontare quanto l'assicurata avrebbe potuto guadagnare nella sua attività esercitata a tempo parziale, con quanto può conseguire in attività adeguate al suo stato di salute. Il risultato così ottenuto va poi rapportato alla quota parte in attività salariata. L'Alta Corte nella decisione del 20 maggio 2008 9C_293/2007 pubblicata in RtiD I-2009, pag. 255 ha infatti rilevato che: " 4.5 A ragione l'Ufficio ricorrente rimprovera al primo giudice di avere contrapposto al reddito da invalida (incontestato) di fr. 18'162.- (ottenuto tenendo conto di una ridotta capacità [v. consid. 4.3] di svolgere attività semplici, leggere e poco qualificate come ad esempio quella di ausiliaria delle pulizie, stiratrice, ausiliaria di lavanderia, custode ecc.) un reddito senza invalidità a tempo pieno. Tale valutazione è giuridicamente errata e contraria alla giurisprudenza sviluppata in applicazione del metodo misto, secondo la quale per la valutazione dell'invalidità in ambito lucrativo fanno stato i redditi da valido e da invalido determinati sulla base temporale di un'attività lucrativa parziale (ipoteticamente) esercitata

senza danno alla salute (DTF 125 V 146 consid. 2b pag. 150; cfr. pure DTF 131 V 51 consid. 5.1.2 pag. 53 nonché le sentenze del Tribunale federale delle assicurazioni I 708/06 del 23 novembre 2006, consid. 4.5, e I 599/05 del 6 febbraio 2006, consid. 4.1).

Determinante per l'accertamento del reddito senza invalidità non è infatti quanto l'assicurato potrebbe ragionevolmente guadagnare in qualità di persona esercitante un'attività lucrativa a tempo pieno, bensì quanto egli ipoteticamente, secondo il grado della verosimiglianza preponderante, guadagnerebbe senza danno alla salute (cfr. DTF 133 V 504 consid. 3.3 e Pra 1992 no. 224 pag. 877 consid. 4a)." Anche nella STF 9C_313/2007 dell'8 gennaio 2008 il TF, poste le quote parti del 60% come salariata e del 40% come casalinga e stabilita una limitazione del 52% in attività domestiche e un grado di incapacità lavorativa del 100% nell'attività salariata, è giunto, dopo avere rapportato tali limitazioni alla rispettiva quota parte, ad un grado di invalidità globale dell'81% ([60 x 100%] + [40 x 52%]), attribuendo all'assicurata una rendita intera di invalidità. Pertanto, il reddito da invalido stabilito secondo i dati statistici deve essere ridotto dapprima in base alla percentuale di esigibilità lavorativa stabilita dal medico, poi della percentuale stabilita per tener conto delle circostanze specifiche del caso concreto. È solo successivamente (e cioè al momento del calcolo complessivo) che si tiene conto della quota parte relativa all'attività salariata (in casu dell'80%).

2.22. Viste le quote parti tra attività salariata (80%) e mansioni casalinghe (20%) stabilite dall'amministrazione nella querelata decisione, il grado di invalidità globale è così del 14,4% (80 X 14% + 20 X 16%) in applicazione del metodo misto, ossia un grado d'invalidità che non permette la concessione di prestazioni dell'assicurazione invalidità come stabilito dall'amministrazione. Per quanto riguarda la precedente attività di assistente di cura viste le quote parti tra attività salariata (80%) e mansioni casalinghe (20%) stabilite dall'amministrazione nella querelata decisione, il grado di invalidità globale è invece del 27,2% (80 X 30% + 20 X 16%) in applicazione del metodo misto, ossia un grado d'invalidità che non permette la concessione di una rendita d'invalidità. Essendo in questo caso il grado di invalidità dell'insorgente superiore al 20%, ella potrebbe teoricamente avere diritto ad una riforma professionale (cfr. consid. 2.3.) Nel caso di specie la consulente in integrazione professionale nel rapporto del 26 settembre 2008 ha escluso ulteriori provvedimenti reintegrativi di natura professionale: "... in quanto l'assicurata nell'attività abituale può recuperare maggiormente la propria capacità di guadagno " (doc. AI 28-3). In data 11 marzo 2010 la medesima consulente ha aggiunto: " Visto l'iter scolastico – professionale dell'assicurata (nessuna qualifica di base e da quando giunge in Svizzera effettua un'attività non qualificata), si può escludere che vi siano possibilità di intraprendere un provvedimento professionale atto al recupero della capacità di guadagno residua. Si conferma dunque che non si propongono provvedimenti professionali " (doc. XII1). Nella misura in cui l'UAI ha negato all'assicurata il diritto ad una riforma professionale , la decisione del 7 ottobre 2009 deve quindi essere confermata.

2.23. L'assicurata ha chiesto al TCA l'esecuzione di una perizia di natura ortopedica (doc. I, VI). Al proposito va nuovamente ribadito che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove: cfr. Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, Zurigo 1998, p. 47 n. 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2° ed., p. 274; si veda pure DTF 122 II consid. 469 consid. 41, 122 III 223 consid. 3, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Un tale modo di

procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). In concreto, alla luce delle risultanze di cui sopra, questo Tribunale ritiene la fattispecie sufficientemente chiarita, per cui non appare necessario procedere ad altri accertamenti medici. Per quanto riguarda la censura relativa alla necessità di una rivalutazione da parte di uno specialista in medicina ortopedica si rinvia al considerando 2.12.3.. 2.24. Con la decisione impugnata l'Ufficio AI ha respinto l'istanza di gratuito patrocinio inoltrata dall'assicurata in data 2 ottobre 2009 (doc. 35-1/36-2). 2.24.1. L'art. 37 cpv. 1 LPGA, prevede che la parte può farsi rappresentare, se non deve agire personalmente (cfr. ad esempio a: sottoporsi ad una perizia medica, DTF 132 V 443), o farsi patrocinare nella misura in cui l'urgenza di un'inchiesta non lo escluda. Il capoverso 4 recita che, se le circostanze lo esigono, il richiedente può beneficiare di patrocinio gratuito (cfr. DTF 132 V 200). Già prima dell'entrata in vigore della LPGA, la giurisprudenza (vedi per l'assicurazione invalidità DTF 114 V 228, per l'assicurazione contro gli infortuni DTF 117 V 408 precisata con la DTF 125 V 32) aveva riconosciuto, senza imporre alcun limite temporale, il diritto al gratuito patrocinio nell'ambito della procedura amministrativa in materia di assicurazioni sociali, a condizione che fossero rispettati gli stessi presupposti applicabili nella procedura giudiziaria, ovvero il richiedente deve trovarsi nel bisogno, il patrocinio deve essere necessario o perlomeno indicato e le sue conclusioni non sembrano dover avere esito sfavorevole (cfr. DTF 125 V 202 consid. 4a e 372 consid. 5b, ambedue con riferimenti). Il TFA aveva peraltro sottolineato che le condizioni per la concessione del gratuito patrocinio dovevano essere valutate con rigore (cfr. SVR 2000 KV Nr. 2, consid. 4c, p. 6, in fine). Secondo dottrina e giurisprudenza, il fatto che, rispetto all'art. 61 lett. f LPGA, l'art. 37 cpv. 4 LPGA utilizzi la formulazione "se le circostanze lo esigono", anziché quella "se le circostanze lo giustificano", significa che il legislatore ha inteso riprendere la giurisprudenza secondo la quale, quando il gratuito patrocinio viene richiesto nella procedura amministrativa, le relative condizioni devono essere esaminate in maniera rigorosa (cfr., ad esempio, STF I 127/2007 del 7 gennaio 2008, consid. 4.3 e U. Kieser, ATSG-Kommentar, Schulthess 2003, ad art. 37, n. 20, p. 400; cfr., d'altronde, FF 1999 3965). Per il resto, quali presupposti del gratuito patrocinio valgono l'indigenza del richiedente, la necessità del patrocinio e la probabilità di esito favorevole (cfr. FF 1999 3965). La concretizzazione delle singole condizioni ha luogo in analogia con i corrispondenti criteri applicabili nella procedura giudiziaria (cfr. Kieser, op. cit., ad art. 37, n. 21, p. 400-401). In una sentenza I 928/05 del 4 dicembre 2006 in una vertenza relativa all'assicurazione invalidità, il TFA ha osservato che la necessità dell'assistenza di un avvocato durante la procedura amministrativa va riconosciuta solo in casi eccezionali e dipende dal tipo di problematiche che vengono trattate nella decisione impugnata. In quell'occasione l'Alta Corte ha negato la necessità dell'assistenza di un avvocato durante la procedura di opposizione sviluppando le seguenti considerazioni: "(...) 5.1 Was die von Vorinstanz und Verwaltung verweigerte unentgeltliche Verbeiständung im Einspracheverfahren anbelangt, so hat das kantonale Gericht zutreffend erwogen, dass der Gesuch stellenden Person ein unentgeltlicher Rechtsbeistand im Verwaltungsverfahren gemäss Art. 37 Abs. 4 ATSG nur bewilligt wird, wo die Verhältnisse es erfordern, im kantonalen Prozess dagegen bereits, wo die Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f Satz 2 ATSG). Richtig ist auch, dass die Officialmaxime rechtfertigt, an die Voraussetzungen, unter denen eine anwaltliche Verbeiständung sachlich geboten ist, einen strengen Massstab anzulegen (BGE 125 V 36 Erw. 4b, 114 V 235 Erw. 5b); die anwaltliche Vertretung im

Verwaltungsverfahren drängt sich nur in Ausnahmefällen auf (BGE 132 V 201 Erw. 4.1, 117 V 408 f. Erw. 5a, 114 V 238 Erw. 6). Verlangt werden qualifizierende, besondere Umstände. Dagegen kann nicht bereits aus dem Umstand, dass eine Recht suchende Person während des Verwaltungsverfahrens von einer Fürsorgebehörde betreut wurde, auf die fehlende Notwendigkeit einer anwaltlichen Vertretung im Einspracheverfahren geschlossen werden. Insoweit greift die Begründung der Vorinstanz zum ablehnenden Entscheid zu kurz. 5.2 Umgekehrt kann aber auch nicht bereits aufgrund der Tatsache, dass eine Rente - mithin eine finanzielle Leistung von in der Regel erheblicher Bedeutung - zur Diskussion steht, automatisch von einer notwendigen Verbeiständung ausgegangen werden. Wollte man bereits in diesem Umstand einen besonders schweren Eingriff in die Rechtsstellung des Versicherten erblicken, der regelmässig eine unentgeltliche Verbeiständung zur Folge hat, würde dies darauf hinauslaufen, dass eine solche in praktisch allen oder den meisten IV-Fällen zu gewähren wäre, was der gesetzlichen Regelung widerspräche (Urteil R. vom 8. November 2006, I 746/06). Es sind vielmehr die konkreten Umstände zu beurteilen. 5.3 Vorliegend hat die IV-Stelle ihre Leistungsverweigerung in einer ersten Verfügung vom 9. Januar 2004 zunächst damit begründet, dass die im Arztbericht von Frau Dr. med. L. _____ vom 30. Dezember 2003 gestellte Diagnose weiterhin eine körperlich nicht belastende Tätigkeit ganztagig ermögliche, was nach wie vor ein rentenausschliessendes Einkommen zulasse. Auf anwaltliche Einsprache hin holte sie den zum Abklärungsbericht der Institution X. _____ vom 23. Juni 2003 abgefassten Zusatzbericht von Frau Dr. med. L. _____ vom 28. April 2004 ein, worin eine psychiatrische Begutachtung empfohlen wurde, und hob die Verfügung deswegen auf (Einspracheentscheid vom 21. Juli 2004). Nach Eingang des psychiatrischen Berichtes von Dr. med. H. _____ vom 28. Januar 2005, worin auf das Fehlen eines psychischen oder psychosomatischen Gesundheitsschadens geschlossen wurde, erneuerte die Verwaltung ihre ablehnende Haltung mit Verfügung vom 7. Februar 2005. Aus medizinischer Sicht wies der Fall demnach weder nach Erlass der ersten noch der zweiten Verfügung besondere Schwierigkeiten auf. Auch sonst sind keine qualifizierten Umstände auszumachen. Es galt lediglich, die offenkundige Diskrepanz zwischen den medizinischen Berichten und jenem der Institution X. _____ zu erkennen und aufzugreifen, wozu die den Beschwerdeführer während des Verwaltungsverfahrens begleitende Fürsorgebehörde ohne weiteres in der Lage gewesen wäre. Der vorinstanzliche Entscheid, mit welchem die Notwendigkeit einer anwaltlichen Verbeiständung im Einspracheverfahren verneint wurde, ist somit im Ergebnis zu bestätigen. (...)“ (STFA del 4 dicembre 2006 nella causa F., I 928/05, consid. 5.1 e 5.2) Nella sentenza I 746/06 dell'8 novembre 2006 il TFA ha indicato i seguenti casi di applicazione della propria giurisprudenza: " (...) 3.2 Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat die Notwendigkeit einer unentgeltlichen Verbeiständung im Einspracheverfahren etwa bejaht in Fällen, wo sich die versicherte Person mit mehreren Arztberichten und Gutachten und einem Abklärungsbericht Haushalt auseinandersetzen und zu dem im Rahmen der gemischten Methode vorgenommenen Einkommensvergleich Stellung zu nehmen hatte (Urteil O. vom 27. April 2005 Erw. 7.3, I 507/04), oder wo die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sehr umstritten, die Einkommensberechnung in der Verfügung nicht nachvollziehbar und zudem weitere Einkommensbestandteile umstritten waren (erwähntes Urteil I 75/04 Erw. 3.3), oder in einem Fall, in welchem sich der Versicherte während Jahren wiederholt und erfolglos an die Verwaltung gewandt hatte, ohne dass für die ausserordentlich lange Verzögerung fallbezogene Gründe ersichtlich waren (Urteil W. vom 12. Oktober 2004 Erw. 4.2, I 386/04). Verlangt werden somit

qualifizierende, besondere Umstände. (...)" (STFA dell'8 novembre 2006 nella causa R., I 746/06, consid. 3.2) Per un caso in cui, sempre in materia di assicurazione per l'invalidità, il TFA ha invece ammesso la necessità dell'assistenza di un avvocato per la procedura di opposizione visto che si trattava di applicare la giurisprudenza relativa alla sindrome da dolore somatoforme, vedi la sentenza I 319/05 del 14 agosto 2006. 2.24.2. Nella presente fattispecie l'Ufficio AI ha negato all'assicurata il diritto all'assistenza giudiziaria in sede amministrativa in quanto ha ritenuto – rientrando il caso nella casistica più consueta delle pratiche AI – non necessario o perlomeno non indicato l'intervento di un avvocato. Secondo questo Tribunale tali argomentazioni non sono in concreto sufficienti per escludere il diritto al gratuito patrocinio. Chiamata a pronunciarsi sui presupposti necessari per riconoscere il diritto all'assistenza giudiziaria in sede amministrativa, in particolare sulla necessità dell'assistenza di un avvocato "sachliche Gebotenheit des Beizugs eines Anwalts", l'Alta Corte, in una sentenza I 911/06 del 2 febbraio 2007 si è confermata nella propria giurisprudenza e ha sviluppato le seguenti considerazioni: " (...) Hinsichtlich der sachlichen Gebotenheit der unentgeltlichen anwaltlichen Verbeiständung im Einspracheverfahren sind die Umstände des Einzelfalls, die Eigenheiten der anwendbaren Verfahrensvorschriften sowie die Besonderheiten des jeweiligen Verfahrens zu berücksichtigen. Dabei fallen neben der Komplexität der Rechtsfragen und der Unübersichtlichkeit des Sachverhalts auch in der Person des Betroffenen liegende Gründe in Betracht, wie etwa seine Fähigkeit, sich im Verfahren zurechtzufinden (Schwander, Anmerkung zu BGE 122 I 8, in: AJP 1996 S. 495). Falls ein besonders starker Eingriff in die Rechtsstellung des Bedürftigen droht, ist die Verbeiständung grundsätzlich geboten, andernfalls bloss, wenn zur relativen Schwere des Falls besondere tatsächliche oder rechtliche Schwierigkeiten hinzukommen, denen der Gesuchsteller auf sich alleine gestellt nicht gewachsen ist (BGE 130 I 182 Erw. 2.2 mit Hinweisen), und wenn auch eine Verbeiständung durch Verbandsvertreter, Fürsorger oder andere Fach- und Vertrauensleute sozialer Institutionen nicht in Betracht fällt (BGE 125 V 34 Erw. 2, 114 V 236 Erw. 5b; AHI 2000 S. 163 f. Erw. 2a und b). Die sachliche Notwendigkeit wird nicht allein dadurch ausgeschlossen, dass das in Frage stehende Verfahren von der Offizialmaxime oder dem Untersuchungsgrundsatz beherrscht wird, die Behörde also gehalten ist, an der Ermittlung des rechtserheblichen Sachverhaltes mitzuwirken (BGE 130 I 183 f. Erw. 3.2 und 3.3 mit Hinweisen). Die Offizialmaxime rechtfertigt es jedoch, an die Voraussetzungen, unter denen eine anwaltliche Verbeiständung sachlich geboten ist, einen strengen Massstab anzulegen (BGE 125 V 35 f. Erw. 4b; Anwaltsrevue 2005/3 S. 123; Urteil H. vom 10. März 2006 Erw. 7.1, I 692/05). (...)" (STFA del 2 febbraio 2007 nella causa G., I 911/06) La necessità o meno dell'assistenza di un avvocato durante la procedura di opposizione dipende dunque esclusivamente dal tipo di problematiche che vengono trattate nella decisione impugnata (per dei casi di applicazione cfr. consid. 2.24.1). Ora, nel caso concreto, l'UAI, dopo aver esperito gli accertamenti medici ed economici del caso, in particolare tramite una perizia pluridisciplinare SAM (doc. AI 16-1) e un'inchiesta economica per le persone che si occupano dell'economia domestica (doc. AI 27-1), ha respinto la richiesta di prestazioni dell'assicurata (doc. AI 36-1). In sede di osservazioni al progetto di decisione del 9 luglio 2009 l'avv. RA 1 ha ritenuto incompleti gli accertamenti medici svolti e postulato l'espletamento di una perizia di natura ortopedica (doc. AI 35-1) La problematica trattata nella presente fattispecie è da ritenersi complessa in quanto concerne un'assicurata affetta da pluri patologie (psichiatrica, reumatologica, gastroenterologica). Vi è quindi il tema della cumulabilità o meno dei singoli gradi di inabilità lavorativa e quella del giudizio sul grado

complessivo dell'incapacità lavorativa che, di regola, va eseguito nell'ambito di una perizia pluridisciplinare, come è avvenuto in questo caso. Sull'argomento, cfr. D. Cattaneo, "Le perizie nelle assicurazioni sociali", in *Le perizie giudiziarie* Ed. CFPG, Lugano e Helbing & Lichtenhahn, Basilea 2008 pag. 203 e segg. (245-249). In secondo luogo in sede di perizia reumatologica all'assicurata è stata diagnosticata una fibromialgia. A questo proposito va rilevato che il TFA ha ammesso la necessità dell'assistenza di un avvocato in una fattispecie relativa alla valutazione psichiatrica inerente la sindrome da dolore somatoforme in una sentenza dell'8 ottobre 2008 (inc. 32.2007.250), vedi anche la sentenza I 319/05 del 14 agosto 2006. Alla luce di quanto appena esposto è a torto che l'Ufficio AI ha ritenuto non necessario o perlomeno non indicato l'intervento di un avvocato e concluso che l'insorgente poteva difendersi senza ricorrere ad un legale. Per quanto riguarda gli altri presupposti – non analizzati dall'Ufficio AI – cumulativamente necessari per riconoscere il diritto all'assistenza giudiziaria in sede amministrativa, il TCA rileva quanto segue. Le osservazioni al progetto di decisione dell'assicurata non erano prive di possibilità di esito favorevole. Inoltre, l'insorgente, come vedremo (cfr. consid. 2.25), risulta indigente. Gli atti vanno quindi rinviati all'Ufficio AI, affinché si pronunci sull'importo spettante all'assicurata (cfr. DTF 131 V 153). 2.24.3. 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 poste a carico dell'assicurata, la quale ha tuttavia chiesto l'assistenza giudiziaria (cfr. consid. 2.25.). 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. (...)". 2.25. La ricorrente ha infine postulato di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio (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, 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 U 102/04 del 20 settembre 2004). Nella fattispecie, dalle carte processuali risulta che la ricorrente, coniugata con _____, dipendente presso la _____, _____, dispone, quali entrate, del solo stipendio del marito, di fr. 4'200.-- netti mensili circa (doc. XVII). Il reddito della famiglia dell'assicurata, composta da lei, dal marito e dai due figli (RI 1 del 1987 e _____ del 1992), ammonta dunque a fr. 4'200.-- . Per quanto riguarda il calcolo del fabbisogno, all'assicurata deve essere applicato l'importo base mensile per coniugi pari a fr. 1'700.--, più fr. 600.-- (per il figlio _____) e fr. 600.-- (per il figlio _____), stabiliti per il calcolo del minimo esistenziale LEF dalla Camera di esecuzione e fallimento, quale Autorità di vigilanza cantonale e in vigore dal 1° settembre 2009, tuttora in uso. Questi importi comprendono 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; cfr., pure, Lignes directrices pour le calcul du minimum d'existence en matière de poursuite selon l'art. 93 LP du 24.11.2000, in B1SchK 2001, p. 19). Al minimo esecutivo va aggiunto un supplemento al massimo del 15-25%, secondo la giurisprudenza citata. In casu , aggiungendo all'importo di base di fr. 2'900.-- il supplemento del 15%, vi sono poi da computare i premi dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie di fr. 297.40 (moglie), fr. 173.40 (marito), fr. 50.-- (documentato un solo figlio) e la pigione dell'appartamento a Bellinzona di fr. 1'225.60. Si ottiene così un importo di fr. 5'081.40. L'assicurata deve quindi essere considerata indigente. L'assicurata non possiede inoltre le necessarie conoscenze giuridiche, per cui l'intervento di un legale appare giustificato e di primo acchito il ricorso non pareva essere privo di fondamento. Essendo dunque nella fattispecie soddisfatti i requisiti cumulativi per la concessione dell'assistenza giudiziaria a favore dell'assicurato, il gratuito patrocinio va quindi concesso, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'assicurato dovesse in futuro migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGA; Kieser, Kommentar ATSG, 2003, ad art. 61, n. 93; cfr. art. 9 Lag; relativamente al gratuito patrocinio nella procedura davanti al TFA cfr. art. 152 cpv. 3 OG; STFA del 15 luglio 2003 nella causa S., I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002 nella causa D., U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6). Ne consegue che la ricorrente è per il momento esonerata dal pagamento delle spese processuali (cfr. art. 69 cpv. 1bis LAI; STF I 885/06 del 20 giugno 2007).