

TI_GERICHTE 32.2012.189 vom 30. Mai 2012

TI Tribunale d'appello, 2012-05-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2012.189

FR: TI_GERICHTE 32.2012.189 du 30 mai 2012

IT: TI_GERICHTE 32.2012.189 del 30 maggio 2012

Regeste

Nuova domanda di prestazioni in ambito AI. Conferma della decisione amministrativa con la quale viene respinta la richiesta di rendita AI sulla base della perizia pluridisciplinare del SAM che attesta una situazione valetudinaria stabile

Erwägungen

E. 6

settembre 2012 il dr. med. _____ ha osservato:

Al referto del 2 aprile 2012 va attribuita piena forza probante.

Anche in questo caso la valutazione peritale merita conferma.

Al minimo esecutivo va, infatti, aggiunto un supplemento al _____ massimo del 15-25% (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004).

dichiara e pronuncia

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni

Il vicepresidente

Il segretario

giudice Raffaele Guffi

Fabio Zocchetti

E. 29

ottobre 2012 il consulente, dr. med. _____, FMH diabetologia e endocrinologia, che ha nuovamente preso posizione sulle valutazioni del dr. med. _____, spiegando dettagliatamente ed in maniera motivata per quale ragione non si scosta dalla sua valutazione (doc. XIV/1, nonché consid. 5) ha inoltre confermato che “ il problema ponderale non viene causato dal diabete, ma peggiora il diabete, e quindi non lo valuto nel mio consulto ” e che non rileva un’origine patofisiologia ormonale dell’obesità. Non vi sono pertanto motivi per scostarsi dal consulto del dr. med. _____ e dalla valutazione peritale del 2 aprile 2012 del SAM. Per quanto concerne la circostanza sollevata dal dr. med. _____ secondo cui, oggettivamente, nel corso degli anni, vi è stato un peggioramento della patologia diabetologica (doc. B1, risposta 4), va evidenziato quanto segue. L’amministrazione è entrata nel merito della nuova domanda di prestazioni inoltrata dalla ricorrente, facendo allestire una nuova perizia pluridisciplinare. Occorre di conseguenza esaminare se vi è una modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sulla perdita di guadagno della ricorrente . In altre parole è necessario che le condizioni cliniche e/o economiche abbiano subito una modifica tale da influire sulla perdita di guadagno. In concreto, il consulente in diabetologia, dr. med. _____, supportato dai periti del SAM e dal medico SMR, dr. med. _____, hanno accertato che la capacità lavorativa della ricorrente in ambito diabetologico, malgrado il cambiamento dello stato di

salute (cfr. il consulto del dr. med. _____, doc. AI 179-35: “ risultati di laboratorio ”) non ha subito modifiche. In risposta alle osservazioni del dr. med. _____, il consulente del SAM, con la presa di posizione del 29 ottobre 2012, ha descritto i motivi per i quali, malgrado la patologia diabetologica, non vi è alcuna capacità lavorativa, in particolare poiché la ricorrente può gestire un’eventuale presenza di una restrizione della funzionalità (doc. XIV/1). Per cui, indipendentemente dall’evoluzione della patologia, il consulente, dr. med. _____, ed i periti del SAM, hanno confermato che l’interessata è capace al lavoro, per la patologia diabetologica e con le limitazioni ivi descritte, al 100% (cfr. doc. XIV/1). Per quanto concerne invece il referto del 5 ottobre 2012 del dr. med. _____ (doc. C2), trattandosi di una valutazione relativa ad uno stato di fatto successivo all’emanazione della decisione impugnata del 30 maggio 2012, nella misura in cui non riprende le censure già discusse in precedenza, va rammentato che secondo costante giurisprudenza, l’autorità giudicante deve limitare l’esame del caso alla situazione effettiva che si presenta all’epoca in cui è stata resa la decisione impugnata, ritenuto che fatti verificatisi ulteriormente possono influire quali elementi di accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo provvedimento (cfr. fra le tante: DTF 121 V 366 consid. 1b; 116 V 248 consid. 1a). Ne segue che un eventuale peggioramento dello stato di salute intervenuto dopo il

E. 30

maggio 2012 deve semmai essere oggetto di un altro procedimento amministrativo. 7.2. In secondo luogo l’insorgente critica anche le conclusioni dei periti in ambito psichiatrico ed a sostegno delle sue censure produce le prese di posizione del medico curante, dr. med. _____ FMH psichiatria e psicoterapia e dell’Ospedale _____. In concreto il dr. med. _____, dopo un colloquio con la ricorrente avvenuto il 6 febbraio 2012 (doc. AI 179-43), ha esaminato nel dettaglio lo status psichico della ricorrente, e dopo aver posto la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve (ICD 10 F 33.0) e sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10 F 45.4) è giunto alla convincente conclusione che l’interessata presenta un’incapacità lavorativa del 30% nell’attività da ultimo svolta ed in qualsiasi altra (doc. AI 179-47). Alla perizia, che ha valutato ed esaminato in maniera completa i punti litigiosi, si è fondata su esami approfonditi, ha preso in conto tutti i mali di cui si lamenta l’assicurata, è stata stabilita in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) ed è chiara nell’esposizione delle correlazioni mediche e nell’apprezzamento della situazione medica, va conferita piena forza probatoria. I certificati del 21 agosto 2012 (doc. B5) e del 6 settembre 2012 (doc. B6), del dr. med. _____ non sono atti a sovvertire le convincenti conclusioni peritali. In primo luogo il curante non ha posto una chiara diagnosi psichiatrica secondo un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396: afferma che l’interessata è completamente incapace al guadagno a causa di un disturbo depressivo ricorrente e di una sindrome somatoforme da dolore persistente) e si limita a contestare genericamente la perizia SAM, senza tuttavia portare elementi che possano in qualche modo mettere in dubbio le conclusioni peritali. Nel merito, come rileva anche il dr. med. _____ nella sua presa di posizione del 9 novembre 2012 (doc. XIV/1), precedenti degenze presso l’Ospedale _____ sono state prese in considerazione già nella perizia SAM del 27 gennaio 2010 (cfr. anche la sentenza 32.2010.265 del 14 marzo 2011 dove il TCA ha esaminato nel dettaglio il precedente referto con particolare riferimento alle valutazioni della dr.ssa _____; cfr. in particolare pag. 24 della sentenza). Del resto, lo stesso curante afferma che le valutazioni

peritali attuali “ non mettono in discussione le diagnosi cliniche poste dai medici curanti e dalla _____, limitandosi a non riconoscere l’influenza delle patologie sofferte, sulla capacità al guadagno dell’interessata ” (doc. B5). Ora, scopo di una perizia è proprio quello di valutare, anche partendo da una diagnosi condivisa, il grado di capacità lavorativa di un assicurato nella precedente attività ed in attività leggere. La differenza nella valutazione, come già ricordato in precedenza, è spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. sentenza 9C_151/2011 del 27 gennaio 2012, cfr. anche sentenza 9C_949/2010 del 5 luglio 2011, nonché sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010). In secondo luogo il curante rileva che a causa di un infortunio subito all’inizio del mese di febbraio 2012, l’interessata ha manifestato “ ulteriore depressione del tono dell’umore con perdita d’interessi per le attività solite, con una notevolissima riduzione delle energie vitali ed una estrema affaticabilità che determina un profondo stato di prostrazione, con ulteriore riduzione delle attività normali ” (doc. B6). Questa circostanza tuttavia non è nuova e il dr. med. _____ afferma infatti che “ in occasione della mia valutazione avevo già fatto osservare tale condizione fisica e mi risultava chiaro che la stessa assumeva un atteggiamento passivo e regressivo del suo comportamento che non era congruo alla gravità della sintomatologia che allora presentava” (doc. XIV/1; cfr. il rapporto del 16 febbraio 2012, doc. AI. 179-45: “ (...) Presenta una zoppia all’arto inferiore destro, porta un bendaggio all’avampiede destro. Dice che alcuni giorni fa le è caduto un vaso di fiori sul piede provocandole un doloroso ematoma ”). Gli stessi periti del SAM ne hanno tenuto conto, rilevando che “ l’A. 1.2.2012 si è procurata un trauma al piede ds. senza lesioni ossee. Presentatasi al _____ di _____, sede _____ i medici hanno optato per una terapia conservativa ” (doc. AI 179-20) ed hanno affermato che può essere ritenuta “ per il recente trauma al piede ds. dell’1.2.2012 una capacità lavorativa dello 0% in qualsiasi attività durante un mese ” (doc. AI 179-25). Anche in questo caso la valutazione peritale merita conferma. Va del resto evidenziato che il dr. med. _____ ha rilevato il peggioramento dello stato di salute con il certificato del 6 settembre 2012 (doc. B6) e non con quello del 21 agosto 2012 (doc. B5). Ciò significa che l’asserito peggioramento è avvenuto dopo il 21 agosto 2012 e dunque successivamente all’emissione della decisione impugnata. Per quanto concerne il ricovero dal 3 ottobre 2012 al 27 ottobre 2012 presso l’Ospedale _____, nel referto del 27 novembre 2012 figura che “ nel 2007 la paziente veniva ricoverata nel nostro reparto nell’ambito di una sindrome depressiva ricorrente ” e che “ la paziente al momento è inabile al lavoro al 100% ” (doc. D3). Come risulta dalle valutazioni del 18 dicembre 2012 del dr. med. _____, medico SMR (doc. XX/Bis), ciò significa che vi è stato un peggioramento dello stato valetudinario della ricorrente sia psichico che fisico (sciatalgia, ferita cronica alla caviglia, problematica alla spalla, cfr. consid. successivo), ma che va fatto risalire al 3 ottobre 2012, ossia ad un momento successivo all’emissione della decisione impugnata. Trattandosi di fatti verificatisi posteriormente al 30 maggio 2012, come già rammentato in precedenza, devono essere oggetto di una nuova procedura e non possono essere esaminati nell’ambito del presente procedimento (cfr. fra le tante: DTF 121 V 366 consid. 1b; 116 V 248 consid. 1a).

7.3. Infine, nulla di diverso possono apportare le certificazioni del dr. med. _____, specialista FMH in chirurgia, specialista in chirurgia dell’apparato digerente ed endoscopia digestiva. Con lo scritto del 26 novembre 2012 (doc. D5), lo specialista si limita ad attestare un’inabilità al lavoro al 100% per malattia per un periodo successivo all’emanazione della decisione impugnata, mentre il referto del 5 settembre 2012 (doc. B4) si esaurisce in sostanza in una descrizione ed elencazione delle patologie di cui è affetta la ricorrente ma

non si confronta con il contenuto della perizia del SAM. Circa la consultazione del piede diabetico del 26 settembre 2012 effettuata presso l' _____ di _____ (doc. D1) e l'esame del 30 novembre 2012 relativo alla " spalla dx nativa " per sospetta lesione della cuffia dei rotatori (doc. D2), trattandosi di stati di fatto accertati successivamente al 30 maggio 2012 (cfr. valutazione del 18 dicembre 2012 del dr. med. _____, doc. XX/Bis), faranno semmai parte di una nuova procedura amministrativa se l'interessata inoltrerà una nuova domanda in tal senso. Va infatti qui ancora ribadito che nella misura in cui, successivamente all'emissione della decisione impugnata, la situazione valetudinaria dell'insorgente è peggiorata, può inoltrare una nuova domanda di prestazioni AI che sarà oggetto di un'altra procedura. 7.4. Alla luce di quanto sopra esposto, questo TCA non ha alcun motivo per scostarsi dalle conclusioni della perizia del SAM del 2 aprile 2012, che conclude per un'incapacità lavorativa del 30% nella precedente attività ed in ogni attività confacente allo stato di salute della ricorrente (doc. AI 179-1). Le valutazioni sono del resto state confermate sia dal medico SMR, dr. med. _____ il 19 aprile 2012 (doc. AI 180-1), sia dal medico SMR, dr. med. _____ il 12 novembre 2012 (doc. XIV/2). A questo riguardo va ricordato che per l'art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi (art. 59 cpv. 2bis LAI; cfr. inoltre le disposizioni esecutive di cui agli art. 47-49 OAI; cfr. sentenza 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1). Scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). I rapporti interni del SMR ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 LAI non pongono autonomamente delle diagnosi, bensì apprezzano sotto l'aspetto medico i reperti esistenti. Il loro compito è di sintetizzare - a beneficio anche dell'amministrazione e dei tribunali che altrimenti non dispongono necessariamente di simili conoscenze specialistiche - la situazione medica. Non è dunque indispensabile che la persona assicurata venga visitata. Il SMR esegue direttamente esami medici solo se lo ritiene necessario. Negli altri casi rende la propria valutazione sulla base della documentazione esistente. L'assenza di propri esami diretti non costituisce, per invalsa giurisprudenza, un motivo per mettere in dubbio la validità di un rapporto SMR se esso soddisfa altrimenti le esigenze di natura probatoria generalmente riconosciute (SVR 2009 IV n. 56 pag. 174 [9C_323/2009] consid. 4.3.1 con riferimenti; cfr. pure sentenza 9C_294/2011 del 24 febbraio 2012 consid. 4.2; cfr. anche sentenza 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1). Non va poi dimenticato che, di principio, la sola divergenza di opinione tra medici del SMR e medici curanti o di fiducia non inficia automaticamente la valutazione dei primi, rispettivamente non impone in maniera generale una (nuova) valutazione peritale (cfr. sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 827/05 del 18 ottobre 2006 consid. 3.2: cfr. anche sentenza 9C_787/2012 del 20 dicembre 2012, consid. 4.2.1). Alla luce di tutto quanto sopra esposto questo TCA

rinuncia all'assunzione di nuove prove ed in particolare all'allestimento di una perizia giudiziaria. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Visto quanto sopra, sulla base delle affidabili e concludenti valutazioni del SAM e dei medici SMR (cfr. più in generale sul valore probatorio dei rapporti interni del SMR la sentenza I 143/07 del 14 settembre 2007, consid. 3.3; cfr. pure la sentenza 9C_376/2007 del 13 giugno 2008), a giusta ragione l'UAI ha concluso che l'interessata, nel momento determinante dell'emissione della decisione impugnata, ossia il 30 maggio 2012, continuava ad essere incapace al lavoro al 30% sia nella precedente attività che in altre confacenti al suo stato di salute. 8. In concreto, ritenuto che la capacità lavorativa della ricorrente nella sua precedente attività è del 70%, già solo per questo motivo non ha diritto ad alcuna rendita. Infatti, conformemente ad un principio generale applicabile anche nel diritto delle assicurazioni sociali, all'assicurato incombe l'obbligo di ridurre il danno (DTF 123 V 230 consid. 3c pag. 233; DTF 117 V 275 consid. 2b pag. 278, 394 consid. 4b pag. 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer-Kafka, *Die Pflicht zur Selbstverantwortung*, Friburgo 1999, pagg. 57, 551 e 572). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto è ragionevolmente esigibile per ovviare nel miglior modo possibile alle conseguenze della sua "invalidità", segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario, in una nuova professione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28 e sentenze ivi citate; Landolt, *Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht*, tesi Zurigo 1995, pag. 296 segg.). Non è quindi dato alcun diritto ad una rendita se la persona interessata è in grado di percepire un reddito tale da escluderne l'erogazione (DTF 113 V 22 consid. 4a pag. 28; RCC 1968 pag. 434). Alla luce di quanto esposto la ricorrente, per ridurre il danno, deve continuare a mettere a frutto questa sua capacità nella sua precedente professione. In questo caso è quindi indicato un raffronto percentuale dei redditi (DTF 114 V 313 consid. 3a e riferimenti; STF I 759/2005 del 21 agosto 2006; Omlin, *Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung*, tesi Friburgo 1995, pag. 154). Ritenuto che il grado corrispondente di incapacità lavorativa del 30% della ricorrente nella precedente attività non raggiunge il grado minimo di invalidità pensionabile (40%), non vi sono i presupposti per concedergli una rendita. In effetti, per la giurisprudenza se il danno alla salute non è tale da imporre un cambiamento di professione, di regola il giudizio sull'incapacità al guadagno non esprimerà valori superiori all'incapacità lavorativa indicata dal medico. Questo perché si suppone che esplicando tutto l'impegno professionale che la restante capacità lavorativa medico-teorica ancora permette di sviluppare, l'assicurato esprima una capacità di guadagno della medesima proporzione (RAMI 1993 U 168, pag. 100; DTF 114 V 313, consid. 3b). A questo proposito nella sentenza I 759/2005 del 21 agosto 2006 l'Alta Corte ha rammentato

che: " Du moment que l'intéressé est capable d'exercer son ancienne profession, une comparaison des revenus en pour-cent est indiquée (cf. ATF 114 V 313 consid. 3a et les références). Ainsi, le revenu d'invalide qu'il pourrait escompter gagner en mettant à profit sa capacité de travail correspond au minimum à 80% du revenu réalisable sans invalidité, dès lors que les experts du MEDAS ont attesté une diminution de rendement - de la capacité de travail - de 10% à 20%. Son incapacité de gain doit donc être fixée à 20% au maximum, ce qui n'ouvre pas le droit à une rente de l'assurance-invalidité." In concreto l'insorgente nella professione di donna delle pulizie è incapace al lavoro nella misura del 30%, ciò che non le permette di avere diritto ad una rendita (cfr. anche sentenza 32.2010.209 del 13 gennaio 2011; sentenza 32.2010.69 del 9 dicembre 2010; sentenza 32.2010.197 del 15 dicembre 2010). 9. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 500.-- vanno poste a carico della ricorrente. Quest'ultima, tuttavia, chiede di poter essere messa al beneficio dell'assistenza giudiziaria e del gratuito patrocinio. 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 disposto 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, ATSG Kommentar, Zurigo, Basilea, Ginevra 2009, ad art. 61, n. 102, pag. 788). I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria – rimasti invariati rispetto al vecchio diritto (Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 102s) – sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 e 372 con riferimenti). Il diritto all'assistenza giudiziaria comprende da un lato la liberazione dal pagamento delle tasse di giustizia e delle spese, dall'altro - nella misura in cui necessario - il diritto al gratuito patrocinio (DTF 121 I 60 consid. 2a con riferimenti; cfr. art. 29 cpv. 3 Cost. fed.; Müller, Grundrechte in der Schweiz, 1999, p. 544). 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 il rapporto di lavoro della ricorrente, che al momento della richiesta, nel luglio 2012, disponeva di uno stipendio mensile di fr. 1'594.35 e di una rendita del secondo pilastro di fr. 569.30 al mese (doc. C), è stato sciolto con effetto al 15 settembre 2012, con conseguente, verosimile, ulteriore riduzione del reddito. Dagli atti emerge inoltre che l'interessata, nel mese di aprile 2012, ha ottenuto il condono delle imposte 2010 poiché le entrate mensili di fr. 2'369 non permettevano di far fronte alle spese correnti mensili di fr. 2'603, determinate secondo il criterio per il calcolo delle quote pignorabili del salario. Effettivamente, già solo prendendo in considerazione il fabbisogno di fr. 1'200 per persone sole, stabilito 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, cui vanno aggiunti fr. 300, pari al supplemento del 25% del fabbisogno (cfr. STFA U 102/04 del 20 settembre 2004), fr. 980 per affitto e spese accessorie e fr. 131.50 per i

premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (tenuto conto del sussidio e senza le assicurazioni complementari rette dal diritto privato), il dispendio (fr. 2'611.50) supera le entrate (fr. 2'163.60). In tali circostanze l'indigenza deve essere ammessa. Alla luce di quanto sopra esposto, considerato che l'interessata non dispone delle necessarie conoscenze giuridiche, per cui l'intervento di un legale, in casu l'avv. RA 1, appare senz'altro giustificato, e che le argomentazioni non erano palesemente destituite di esito favorevole, il TCA ritiene che nella fattispecie siano soddisfatti i requisiti cumulativi per la concessione dell'assistenza giudiziaria a favore dell'assicurata, riservato l'eventuale obbligo di rimborso, qualora la situazione economica dell'insorgente dovesse in futuro migliorare (cfr. art. 61 lett. f LPGa; sentenza 32.2011.202 del 16 maggio 2012; STFA del 15 luglio 2003, I 569/02, consid. 5; STFA del 23 maggio 2002, U 234/00, consid. 5a, parzialmente pubblicata in DTF 128 V 174; DTF 124 V 301, consid. 6).

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