

## Il Tribunale cantonale delle assicurazioni

composto dei giudici: Daniele Cattaneo, presidente,  
Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici

redattore: Christian Steffen, vicecancelliere

segretario: Fabio Zocchetti

statuendo sulla petizione del 28 luglio 2005 di

XXX,  
rappr. da: XXX,

contro

**Y Assicurazioni SA**, 3000 Berna 15

in materia di assicurazione contro le malattie

ritenuto,

### **in fatto**

- 1.1. XXX, nata nel 1958, è assicurata contro la perdita di guadagno in caso di malattie presso Y per il tramite del suo datore di lavoro.

L'assicurata ha esercitato l'attività di addetta alle pulizie presso la ditta \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dal 2 aprile 2001 al 31 novembre 2003, quando è stata licenziata.

Il 10 giugno 2003 l'interessata è risultata inabile al lavoro a causa di affezioni reumatologiche e psichiche.

Y ha inizialmente corrisposto le prestazioni pattuite.

L'assicuratore, dopo aver sottoposto XXX a due visite ad opera del dr. med. \_\_\_\_\_, rispettivamente del Dr. \_\_\_\_\_ ed aver esaminato la presa di posizione del suo medico di fiducia, Dr. med. \_\_\_\_\_, ha ritenuto l'interessata abile al lavoro al 100% a partire dal 1. febbraio 2004, contrariamente all'opinione del medico curante, Dr. \_\_\_\_\_.

In data 16 aprile 2004 la Dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH in psichiatria, ha ritenuto XXX completamente inabile al lavoro a causa di uno stato ansioso depressivo grave.

Il 24 agosto 2004 la Dr. med. \_\_\_\_\_ ha confermato l'inabilità completa al lavoro. Anche il medico fiduciario della Cassa, Dr. med. \_\_\_\_\_, in data 11 novembre 2004 ha attestato una totale inabilità al lavoro della paziente.

Nel mese di novembre 2004 XXX è stata sottoposta ad una perizia pluridisciplinare ad opera del SAM, che ha concluso per un'inabilità lavorativa del 30%, sia nella sua precedente attività, che in attività più confacenti al suo stato di salute (doc. 12).

- 1.2. Con petizione del 28 luglio 2005 XXX, rappresentata dal Xxx, chiede la condanna dell'assicuratore al pagamento di indennità giornaliera dal 1. febbraio 2004 fino a esaurimento delle prestazioni (doc. I)
- 1.3. Con risposta del 7 settembre 2005 Y propone di respingere la petizione. L'assicuratore, rifacendosi in particolare alla perizia allestita nell'ambito della richiesta di prestazioni AI, rileva che i medici sono concordi nel ritenere che la paziente esagera la presenza di dolori (doc. V).
- 1.4. Pendente causa il TCA ha richiamato l'incarto AI e, dopo aver chiesto all'UAI, all'attrice e alla convenuta l'autorizzazione a sottoporre gli atti alle parti in causa, queste ultime si sono determinate in merito (cfr. doc. VII e seg.).

## **in diritto**

### In ordine

- 2.1. Secondo quanto disposto dall'art. 1 a cpv. 1 LAMal l'assicurazione sociale contro le malattie comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione d'indennità giornaliera facoltativa. La LAMal si applica soltanto all'assicurazione malattia sociale. Le assicurazioni complementari offerte dalle casse malati sono rette dal diritto privato ed in particolare, in applicazione dell'art. 12 cpv. 3 LAMal, dalla legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). Giusta l'art. 47 cpv. 2-4 della legge federale sulla sorveglianza degli istituti di assicurazione privata (LSA) in vigore fino al 31. 12.2005, corrispondente al nuovo art. 85 LSA, per le contestazioni relative all'assicurazione complementare all'assicurazione sociale contro le malattie, i Cantoni prevedono una procedura semplice e spedita, nella quale il giudice accerta d'ufficio i fatti e valuta liberamente le prove.

In ambito cantonale la LCAMa1 all'art. 75 prevede che le contestazioni relative alle assicurazioni complementari all'assicurazione sociale contro le malattie praticate da assicuratori autorizzati all'esercizio ai sensi della LAMal sono decise dal TCA, che applicherà per analogia la Legge di procedura per le cause davanti al TCA.

In concreto la causa concerne una vertenza relativa ad un contratto di indennità giornaliera in caso di malattia retta dalla LCA (cfr. condizioni generali del contratto) e praticata dalla Y ossia un assicuratore autorizzato all'esercizio ai sensi della LAMal.

Il TCA deve pertanto entrare nel merito della petizione.

### Nel merito

- 2.2. Oggetto del contendere è la questione a sapere se l'attrice ha diritto ad indennità giornaliera dal 1. febbraio 2004.
- 2.3. L'attrice beneficia del "*Contratto collettivo Y Assicurazioni SA n° XXX*".
-

Per l'art. 1 delle condizioni generali del contratto d'assicurazione (di seguito: CGA), i diritti e i doveri delle parti risultano dalle CGA, dalle disposizioni speciali divergenti dalle CGA, dal contratto e dalle appendici al contratto. Le disposizioni divergenti dalle CGA richiedono l'accordo scritto delle parti. L'assicuratore corrisponde le prestazioni indicate nel contratto per le conseguenze economiche della malattia e, se convenuto, dell'infortunio e del parto.

L'art. 16 CGA prevede che è considerato malattia ogni disturbo involontario della salute, accertato medicalmente, non dovuto ad infortunio, a lesione corporale assimilabile all'infortunio o ad una malattia professionale secondo la definizione dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (LAINF).

Giusta l'art. 18 CGA c'è incapacità lavorativa quando una persona assicurata, in seguito ad un evento assicurato, non è più in grado di esercitare parzialmente o completamente la sua attività professionale.

Per l'art. 23 lett. d CGA in caso d'incapacità lavorativa parziale, l'ammontare dell'indennità giornaliera si basa sul grado dell'incapacità lavorativa; se lo stesso è inferiore al 50% non c'è nessun diritto. I giorni d'inabilità lavorativa parziale valgono come giorni pieni nel calcolo del periodo di differimento; nel calcolo della durata delle prestazioni per contro solo proporzionalmente.

2.4. Precedentemente all'inoltro della petizione, l'attrice è stata sottoposta ad approfondite indagini di natura medica.

Il 26 settembre 2003 il Dr. med. \_\_\_\_\_, FMH medicina interna, ha indicato di aver visitato l'attrice, in seguito alla richiesta della convenuta, a causa di una fibromialgia.

Egli ha affermato che:

"(...)

I vari colleghi che l'hanno visitata (Dr. \_\_\_\_\_, Dr. \_\_\_\_\_, Dr. clinica \_\_\_\_\_) evidenziano sempre la stessa problematica caratterizzata da dolori cronici di tipo fibromialgia con sindrome lombovertebrale cronica su turbe statiche e degenerative del rachide lombare e toracale.

La paziente si presenta con una faccia molto sofferente, cammina con difficoltà zoppicando vistosamente la gamba destra, lamenta dolori diffusi dal cinto scapolare alla regione cervicale, alla regione lombare e alle gambe.

Dice di assolutamente non poter immaginare per il momento una ripresa dell'attività lavorativa dicendosi però ben disposta a riprendere il lavoro qualora i sintomi dovessero scomparire. Siamo sicuramente in una situazione molto seria dal punto di vista assicurativo, come sapete la fibromialgia non è di per sé una malattia grave che limita la durata di vita ma non vi sono per il momento terapie risolutive.

Ho quindi l'impressione che purtroppo stiamo andando verso un'inabilità di lunga durata in questa paziente con 6 figli e il cui marito è pure già invalido al 100%.

Per il momento accorderei ancora un mese di inabilità lavorativa e poi consiglio il medico curante che mi legge in copia di tentare una ripresa del lavoro dapprima al 50% e poi al 100%. In conclusione inabilità al 100% fino al 19.10.03, 50% dal 20.10.03." (doc. 5)

Il 12 dicembre 2003 il Dr. med. \_\_\_\_\_, psichiatria e psicoterapia FMH, visitata la paziente, ha concluso che:

"(...)

Siamo di fronte ad una 45enne che anamnesticamente non ha mai avuto disturbi psichici ed apparentemente negli ultimi mesi, in seguito a vari problemi ed una serie di dolori cronici non ha potuto continuare a svolgere la sua attività lavorativa presso la \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ Da quel che ho potuto percepire, l'assicurata ha avuto anche problemi interni sul posto di lavoro e negli ultimi mesi ha avuto delle grosse difficoltà comunicative, ragion per la quale probabilmente insieme ad altri fattori essa non ha più potuto riprendere l'attività lavorativa e veniva fissata praticamente un'inabilità lavorativa nella misura del 50% dal 20.10.2003.

L'assicurata in data 20 ottobre scorso si presenta sul posto di lavoro ma a quanto pare ha avuto diverse difficoltà e non ha potuto svolgere la sua attività lavorativa, ragion per la quale ha ricevuto il licenziamento per il 23.11.2003.

L'assicurata da qualche mese presenta un malessere soggettivo ed un disturbo emozionale sottoforma di una depressione reattiva che ha compromesso il funzionamento e le sue prestazioni sociali, accompagnate da certe difficoltà di adattamento.

Altri fattori stressanti tipo socio-famigliari hanno sicuramente avuto un'influenza negativa nel persistere dei suoi sintomi e le manifestazioni variabili che includono un umore depressivo, ansia, preoccupazioni ed una diminuita stima di sé ed un'incapacità ad affrontare la situazione e vari altri disturbi che praticamente si presentano anche sottoforma di somatizzazioni varie.

Per quel che riguarda la sua diagnosi puramente psichiatrica si tratta di una sindrome da disadattamento con reazione mista ansiosa-depressiva (ICD-10 F43.22) ed una prognosi a breve-medio termine poco favorevole ma a lungo termine positiva. E' giustificata la sua inabilità lavorativa attuale nella misura completa.

Essa mi riferisce che partecipa al gruppo condotto dal Dr. \_\_\_\_\_ per pazienti fibromialgici ed assume inoltre una serie di farmaci antinfiammatori ed analgesici che sicuramente l'aiutano a sopportare i suoi dolori fisici e sicuramente è importante la sua continuazione della terapia antidepressiva, eventualmente associare un secondo antidepressivo accompagnato da una terapia ansiolitica in modo che essa possa reagire in maniera ancora più decisa per recuperare la sua capacità lavorativa. Visti i vari problemi sul posto di lavoro ed il

licenziamento che essa ha ricevuto, propongo ancora un periodo d'inabilità lavorativa di circa 2 mesi ma, salvo eccezioni essa dovrebbe riprendere la sua abilità lavorativa nella misura completa dal prossimo 1° febbraio 2004 in modo che possa organizzarsi e trovare assieme all'ufficio di collocamento un'altra attività confacente ed adatta alla sua situazione." (doc. 6)

11 16 aprile 2004 la Dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, ha affermato:

"Anamnesticamente dal punto di vista psichiatrico la paziente non ha mai avuto disturbi psichici. Lo stato ansioso-depressivo attualmente grave si è sviluppato in seguito ai dolori cronici, alla limitazione importante delle proprie attività non solo in ambito professionale ma anche in ambito domestico con incapacità a svolgere i lavori pesanti e attualmente a svolgere qualunque tipo di attività come casalinga a causa della sindrome apatico-abulica-astenico-anedonica oltre che alla sintomatologia dolorosa.

La paziente era stata dichiarata inabile al 100% dal 23.06.2003, in data 20 ottobre 2003 la paziente aveva tentato una ripresa lavorativa al 50% come concordato, ma dopo essersi presentata sul posto di lavoro, non è riuscita a svolgere alcuna attività lavorativa, motivo per cui si è rivolta al proprio medico curante riprendendo un'inabilità lavorativa al 100%.

Al momento della prima consultazione il 13.03.2003 l'assicurata si presentava lucida, orientata nei tre domini. Poco curata nella persona e nel proprio abbigliamento.

Non presentava disturbi cognitivi, in particolare il linguaggio era fluente, esente da turbe di tipo afasico; la memoria verbale a breve, medio e lungo termine era conservata; non presentava disturbi delle capacità logiche e di giudizio; non presentava disturbi né delle prassie né delle gnosie.

Presentava unicamente un disturbo della concentrazione e dell'attenzione imputabili al quadro depressivo.

Il corso del pensiero era normale, senza ideazioni deliranti, idee fisse o prevalenti.

La percezione era pronta e libera da errore; la paziente negava allucinazioni visive e uditive.

Il tono dell'umore era fortemente deflesso senza idee suicidali attive o passive; il discorso era prevalentemente orientato su temi di incapacità, inadeguatezza, rovina, fallimento e sensi di colpa.

Durante tutto il colloquio si notava un'importante labilità emotiva con disforia e tensione endopsichica importante. Si notava inoltre uno stato d'ansia accompagnato da un comportamento di tipo discontinuo e un'ideazione povera e ripetitiva.

La paziente era a beneficio di una terapia con Dafalgan e Voltaren in riserva; continuava un ciclo di fisioterapia senza apparenti benefici soggettivi.

A causa dello stato ansioso-depressivo grave ho prescritto alla paziente Saroten 25 mg cp 1-1-2; Valium 2 mg cp 1-1-1; Somnium cp 1 alla notte.

Ho rivisto la paziente in data 27.03.2004 senza importanti variazioni del quadro ansioso-depressivo.

In particolare la paziente riferiva ancora un'importante sindrome depressiva con apatia, abulia, astenia, anedonia, insonnia e ansia continua durante tutta la giornata.

La paziente esternava la sua sofferenza soggettiva a causa dei dolori fisici particolarmente insopportabili e un'insonnia intermedia e tardiva, imputabile alla sintomatologia dolorosa non controllata.

Ritengo che la paziente dal punto di vista psichiatrico sia da considerarsi inabile al lavoro al 100%.

È difficile fare previsioni future sul miglioramento o meno della sintomatologia psichiatrica attuale sicuramente reattiva alla problematica dolorosa cronica.

Vi è un notevole rischio di invalidità.

Ritengo che la vostra posizione debba essere rivalutata, riconvocando la paziente che, a quanto riferitomi dal medico curante Dr. \_\_\_\_\_, anche nel mese di gennaio e febbraio presentava un quadro simile." (Doc. N)

Il 1° giugno 2004 il dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in malattie reumatiche FMH, dopo aver visitato la paziente in data 28 maggio 2004, ha affermato che *"la valutazione obbliga a una differenziazione fra capacità lavorativa teorica dal punto di vista prettamente reumatologico e capacità lavorativa praticamente realizzabile dal punto di vista globale. Considerando gli aspetti prettamente reumatologici, la fibromialgica giustifica un'incapacità lavorativa teorica massima, nella situazione che ci occupa, del 30%. Gli aspetti extrareumatologici di cui sopra rendono illusoria la ripresa di una qualsiasi attività lavorativa. Tali aspetti sono pertanto di pertinenza extrareumatologica e da valutare in ambito sociopsichiatrico."* (doc. 9)

Il 24 agosto 2004 la Dr.ssa \_\_\_\_\_ ha affermato che:

"Confermo che lo stato ansioso-depressivo attualmente è ancora grave, caratterizzato da una sindrome apatico, abulica, astenia, anedonica. La paziente presenta inoltre difficoltà di concentrazione e di attenzione imputabili al quadro ansioso-depressivo.

Tale quadro ansioso-depressivo si è sviluppato in seguito ai dolori cronici e alla limitazione funzionale delle proprie attività non solo in ambito professionale ma anche in ambito domestico con incapacità a svolgere lavori pesanti e le attività di casalinga.

Durante questi mesi, non ho assistito ad alcuna modificazione del quadro psicopatologico complessivo nonostante la terapia con Saroten 25mg cp 1-1-2-0; Valium 2mg cp 1 X 3; somnium cp 1 la notte.

La paziente continua ad esternare la sua sofferenza soggettiva per i dolori fisici, secondo la stessa particolarmente insopportabili; la sintomatologia ansiosa è meglio controllata, tuttavia permane un'insonnia intermedia-tardiva imputabile alla sintomatologia dolorosa.

Dal punto di vista psichiatrico, la paziente è lucida, orientata nei tre domini, la mimica e la gestica esprimono ansietà e depressione.

**E'** poco curata nella persona e nel proprio abbigliamento.

Il linguaggio è fluente, esente da turbe di tipo afasico; la memoria verbale a breve, medio e lungo termine è conservata; non presenta disturbi né delle prassie né delle gnosie; non presenta disturbi delle capacità logiche e di giudizio.

Continua a presentare un disturbo della concentrazione e dell'attenzione imputabile al quadro depressivo.

Il corso del pensiero è normale senza ideazioni deliranti né idee fisse o prevalenti.

La percezione è pronta e libera da errore; la paziente nega allucinazioni visive e uditive.

Il tono dell'umore è deflesso senza idee suicidali attive o passive, il discorso è prevalentemente incentrato su sentimenti di incapacità, di inadeguatezza, sulla convinzione dell'ineluttabilità della sua malattia, su sentimenti di rovina.

Dal punto di vista della capacità lavorativa, ritengo la paziente sempre inabile al 100% a causa della sindrome ansioso-depressiva grave tuttora presente." (doc. V)

Il dr. med. \_\_\_\_\_, il 19 novembre 2004 ha scritto al dr. med. \_\_\_\_\_, affermando:

"in data 11.11.2004 ho rivalutato la paziente a margine per la seconda volta.

Non rivengo sulla sua anamnesi che a Lei è ben nota, infatti in seguito al mio colloquio di dicembre scorso la paziente aveva presentato un'evoluzione piuttosto negativa e nel marzo 2004 viene seguita dal punto di vista psichiatrico dalla Dr.ssa \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ a causa della persistenza dei suoi sintomi sotto forma di una sindrome da disadattamento.

Il Dr. \_\_\_\_\_, medico curante ed il Dr. \_\_\_\_\_, reumatologo che la seguono assieme alla Dr.ssa \_\_\_\_\_, hanno constatato l'evoluzione piuttosto negativa psico-fisica dell'assicurata e hanno certificato la sua inabilità lavorativa visto che malgrado gli sforzi da parte dei Colleghi essa non è riuscita a migliorare la sua situazione che era già precaria e che aveva bisogno di stimoli costanti ed una psicofarmacoterapia regolare purtroppo con persistenza dei suoi sintomi di tipo ansia, angoscia, apatia e dolori diffusi dovuti alla sua fibromialgia.

Durante il colloquio in presenza del marito, essa non ha fatto che lamentarsi della sua situazione psico-fisica presentando una serie di dolori alla schiena, alle ginocchia, al piede destro, alla colonna cervicale oltre che una cefalea persistente che secondo lei dura già da diversi mesi e che è resistente alla terapia abituale.

Oltre i sintomi sopraccitati essa si lamenta anche di un'insonnia ed una sensazione di bruciore alla testa ed al collo e tutta una serie di sintomi e disturbi che chiaramente gli impediscono una ripresa lavorativa attuale.

Dunque la sua inabilità lavorativa attualmente è completa ed essa è al beneficio di una psicofarmacoterapia importante che sicuramente va continuata.

In seguito al colloquio telefonico con il Dr. \_\_\_\_\_ e la Dr.ssa \_\_\_\_\_ anche loro mi confermano il malessere psico-fisico dell'assicurata e che probabilmente continuerà ad essere presente ancora per un lungo periodo e la domanda di rendita d'invalidità è già stata inoltrata." (doc. AA)

In data 9 dicembre 2004 il Dr. med. J, medico capo servizio \_\_\_\_\_, nell'ambito della perizia pluridisciplinare fatta allestire dall'UAI, ha scritto al Dr. med. G. B, del SAM, affermando:

"La giornata tipo che vive la stessa è la seguente: si risveglia al mattino verso le 8.30-9.00, dopodiché fa colazione insieme ad uno dei figli. In seguito esce di casa per fare delle spese accompagnata dal marito (in quanto non è in grado di portare pesi), prima di mezzogiorno rientra per preparare il pranzo.

Al pomeriggio si corica due ore circa, per poi alzarsi e uscire a fare almeno un'ora di passeggiate come prescritto dal suo medico, dr. Bosia. Nel tardo pomeriggio rientra in casa, guarda i programmi televisivi (telegiornale, film), non è in grado di stirare né il passare l'aspirapolvere, ma fa piccoli lavori, tipo aiutare le figlie. Ogni tanto fa il bucato. E in grado di leggere i giornali e riviste in italiano. Si corica verso le 9.30-10.00 di sera, fa fatica a dormire durante la notte, per i dolori che diventano più intensi.

L'assicurata è seguita regolarmente dalla dr.ssa C, assume la terapia già da te esposta.

#### **STATO PSICHICO:**

L'assicurata presenta un aspetto biologico che concorda con l'età cronologica. Il contatto con l'interlocutore è caratterizzato fin dall'inizio da un'importante tendenza alle lamentele continue e ad una esagerazione dell'espressione delle emozioni, valutata dal corrugamento della fronte, il tono di voce fluttuante che calca in modo quasi teatrale una sofferenza psicologica che, sul piano del tono dell'umore non è di rilievo. Infatti il tono dell'umore appare lievemente deflesso.

A momenti l'assicurata cambia di attitudini, sorridendo (ad esempio quando ha fatto riferimento al fatto che è in grado di leggere il giornale in italiano). Il contatto con l'interlocutore è difficoltoso. Il flusso del pensiero è fluido e non sono riscontrabili allentamenti dei nessi logici. L'assicurata parla un discreto italiano. Da un punto di vista ideativo, il pensiero è focalizzato nelle tematiche inerenti la sua malattia, i suoi dolori (mal di testa, male alla schiena, male alla gamba destra).

Dichiara di sentirsi giù di morale, come detto sopra, ciò che contrasta con l'impressione obiettiva del tono dell'umore. L'appetito è discretamente diminuito, la libido sebbene diminuita è complessivamente conservata, ancora mantiene una vita intima e regolare con il marito. Dichiara di sentirsi ben adattata in Svizzera e che non le manca il suo paese. Anzi, dice che siccome i suoi figli sono cresciuti qui, lei si sente meglio qui che nel suo paese d'origine.

Non sono presenti pensieri di autocolpevolezza, né di rovina. Non sono presenti idee a sfondo fobico, né ossessivo. Non sono presenti turbe dispercettive, né idee deliranti.

---

**DIAGNOSI:**

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

**VALUTAZIONE:**

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

Complessivamente si è constatata una lieve fluttuazione del tono dell'umore verso il polo negativo, con una chiara esagerazione della mimica, non accompagnata da un'angoscia endopsichica. Questo contrasto fa pensare ad una tendenza dell'assicurata ad esagerare la sofferenza.

Per questo motivo non possiamo emettere nessuna diagnosi correlata sul piano dei disturbi affettivi. Non emerge una chiara sofferenza di adattamento alla malattia né sono riscontrabili sofferenze sul piano transculturale di adattamento sociale.

La gestione della giornata, come spiegato sopra, mette in luce ancora delle risorse sia cognitive che comportamentali. Non è in atto nessun processo regressivo del comportamento, ma bensì una tendenza al vittimismo e al rifugiarsi in un ruolo passivo che ha una funzione di guadagno secondario in ambito familiare.

**CONCLUSIONE:****1. Diagnosi**

Vedi sopra.

**2. Influenza di quest'ultima sulla capacità lavorativa nell'attività da ultimo svolta.**

La sintomatologia algica che l'assicurata presenta, obiettivata, e che ha giustificato la diagnosi menzionata sopra, incide nella sua attività attuale, provocando la diminuzione della sua capacità lavorativa, di almeno il 30%. Il suo rendimento è diminuito alla stessa misura.

**3. Descrive l'evoluzione dello stato di salute dell'assicurata e la prognosi a medio-lungo termine.**

L'assicurata ha iniziato a presentare una sintomatologia algica già dal 1994 (dolori lombari), i quali progressivamente sono aumentati fino all'espansione e generalizzazione del dolore in modo più conclamato e a partire dal 2003. Da allora si assiste ad una fluttuazione della sintomatologia complessiva, quella algica e quella affettiva. In questo senso la valutazione, in particolare della componente mimica, risulta difficile per il fatto che l'assicurata tende a esagerare la sintomatologia, quindi rende difficile la quantificazione della stessa. Inoltre è probabile che la sintomatologia depressiva, descritta negli atti dai colleghi abbia delle fluttuazioni obiettive e che il quadro possa variare.

Dal mio punto di vista, complessivamente il quadro clinico si è mantenuto invariato per quanto riguarda la capacità lavorativa dell'assicurata. La prognosi è stazionaria a lungo termine.

**4. Come si giustifica la diminuzione della capacità lavorativa? Quali sono le limitazioni funzionali constatate?**

Come detto sopra, è il dolore che provoca soprattutto la diminuzione della capacità lavorativa, quindi la percezione soggettiva del dolore influisce sulla capacità lavorativa e il rendimento nella sua attuale attività.

**5. Possibilità terapeutiche per migliorare la capacità lavorativa.**

Siamo confrontati con una situazione complessa, in quanto si tratta di un'assicurata che presenta una grande tendenza alla posizione passiva e di vittima nei confronti della sua sofferenza, per cui risulta difficile non poter accogliere questa sua modalità. Nonostante ciò, è importante attivarla e renderla consapevole di questa sua modalità con l'obiettivo di mettere in atto dei meccanismi di difesa differenti che le permettano di fuoriuscire dalla logica passiva. Il trattamento psicofarmacologico dovrebbe essere potenziato, ma mi sembra che la compliance è scarsa. E' indicato continuare con il trattamento fisioterapico stabilito dal dr. \_\_\_\_\_

**6. Ritiene possibile effettuare provvedimenti di integrazione professionale.**

No, in quanto il quadro psicopatologico attuale esclude l'assicurata da ogni processo di apprendimento.

**7. Ritiene che l'assicurata sia in grado di svolgere altre attività?**

Si, l'assicurata potrebbe essere in grado di svolgere altre attività lavorative. Purtroppo la sintomatologia algica che invade la stessa, incide anche sul vissuto psicologico che ha di se stessa e quindi influenza ogni attività lavorativa che le venga proposta. Per questo motivo la sua incapacità lavorativa, per altre attività esigibili rimane sempre dell'ordine del 30%. Quindi sarebbe in grado di esercitare altre attività lavorative nella misura di 5-6 ore al giorno.

**8. Per assicurati di sesso femminile: in che misura l'assicurata può svolgere l'attività di casalinga?**

Come casalinga, l'assicurata mantiene una incapacità lavorativa nella misura del 30%." (Doc. 10)

L'11 dicembre 2004 il Dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in malattie reumatiche FMH, ha scritto al SAM, affermando:

"Si tratta di un'assicurata 46enne che lamenta apparentemente già da oltre 10 anni dolori alla colonna vertebrale, i quali nel corso degli ultimi anni hanno mostrato un continuo peggioramento, con chiara tendenza alla generalizzazione. Come già riscontrato dal Dott. \_\_\_\_\_ l'assicurata presenta una panalgia (dolori dalla testa ai piedi), che va ben oltre ai classici tender points fibromialgici. I dolori sono inoltre accompagnati da un profondo stato ansiodepressivo, tanto che ormai da diversi mesi è seguita pure dalla Dott.sa \_\_\_\_\_ psichiatra a \_\_\_\_\_. Purtroppo tutte le terapie già provate non hanno mai potuto portare ad alcun chiaro miglioramento né nella sintomatologia algica, né tantomeno del suo stato psichico.

Clinicamente ho riscontrato una paziente in discrete condizioni generali, di costituzione obesa, notevolmente sofferente, dimostrativa nel manifestare i suoi dolori. E' possibile evocare diffusi dolori alla minima digitopressione in tutto il corpo; l'esecuzione di un corretto

stato reumatologico è resa inoltre assai complessa dalla presenza di un forte sovraccarico funzionale con notevole controinnervazione. Non ho riscontrato alcun segno clinico per un'artropatia infiammatoria.

Clinicamente non vi sono segni per una radicolopatia, né a livello cervicale, né lombare (presenta una leggera iposensibilità sull'intero piede sx, che non corrisponde ad un singolo dermatoma). Gli esami ematologici più volte eseguiti non hanno mai potuto evidenziare alcuna patologia infiammatoria sistemica. Le indagini radiologiche, compresa una MRI della colonna lombare eseguita nel febbraio 2002, non hanno mai evidenziato particolari alterazioni degenerative del rachide.

In conclusione posso solo confermare la diagnosi già posta dal Dott. \_\_\_\_\_ di una sindrome somatoforme del dolore cronico (a mio parere non è invece corretto diagnosticare una fibromialgia, in presenza di una panalgia).

In presenza di una patologia fortemente somatoforme risulta essere difficile poter proporre delle valide opzioni terapeutiche che possano veramente influenzare i suoi dolori. Ritengo comunque molto import ante che sia già stata inserita nel gruppo di pazienti fibromialgici, assieme ai quali esegue con una certa regolarità della ginnastica adeguata. Indispensabile pure un corretto sostegno psicologico e psichiatrico.

La prognosi è purtroppo da considerare negativa, in considerazione dell'ormai subentrata cronicizzazione dei dolori e soprattutto della presenza di una forte componente somatoforme.

Per quanto concerne la valutazione della sua capacità lavorativa, posso nuovamente confermare la valutazione del Dott. \_\_\_\_\_, il quale ritiene l'assicurata, sotto l'aspetto puramente reumatologico, inabile allo svolgimento del suo lavoro di donna delle pulizie nella misura di ca. il 30%. In teoria per lavori fisicamente leggeri, che non richiedono sforzi eccessivi per la colonna vertebrale (sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 10 kg, movimenti ripetuti di flessione ed estensione del tronco, lavori prolungati in posizioni inergonomiche) abile senza particolari limitazioni. Questa valutazione evidentemente non tiene conto della patologia psichiatrica e del quadro algico da lei presentato, quadro che comunque non può venire giustificato da problemi ortopedico-reumatologici." (Doc. 11)

Dalla perizia del SAM del 14 dicembre 2004 emerge che, dopo aver visitato la paziente il 29 e 30 novembre, nonché il 3 dicembre 2004, i medici hanno deciso:

### **"Patologia reumatologica**

Dagli atti sappiamo che l'A. da anni presenta disturbi (dolori all'apparato locomotorio) ed è stata pure ripetutamente in cura sia ambulatoriale che stazionaria. Ella è quindi stata presentata al nostro consulente reumatologo dr. \_\_\_\_\_ (vedasi allegato). Egli prende nota dei rapporti della Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e del reumatologo curante dr. \_\_\_\_\_. Fa notare come già da oltre 10 anni l'A. presenta dolori alla colonna vertebrale, i quali nel corso degli ultimi anni hanno mostrato un continuo peggioramento con chiara tendenza

alla generalizzazione. Concorda con il reumatologo curante riguardo della panalgia (dolori dalla testa ai piedi) presentata, ciò che a suo avviso va ben oltre ai classici tender points fibromialgici. Prende inoltre atto che purtroppo tutte le terapie provate finora non hanno mai potuto portare ad alcun chiaro miglioramento né della sintomatologia algica, né tanto meno dello stato psichico dell'A.. Riferisce poi dell'esame clinico effettuato reso difficoltoso dalla presenza di un forte sovraccarico funzionale con notevole controinnervazione. Non si riscontrano segni clinici per un'anropatia infiammatoria, non vi sono segni per una radiculopatia né a livello cervicale, né lombare. Il dr. \_\_\_\_\_ fa inoltre notare come gli esami di laboratorio non hanno mai evidenziato una patologia infiammatoria sistemica e le indagini radiologiche, compresa una MRI della colonna lombare, non hanno mai evidenziato particolari alterazioni degenerative del rachide. Nelle sue conclusioni il dr. \_\_\_\_\_ conferma la diagnosi già posta dal dr. \_\_\_\_\_ e riferita a una sindrome somatoforme del dolore cronico. Precisa invece di non poter diagnosticare una fibromialgia in presenza di una panalgia. Descrive una prognosi negativa in considerazione della ormai subentrata cronicizzazione dei disturbi e soprattutto della presenza di una componente somatoforme. Dal lato puramente reumatologico conferma il giudizio valetudinario del collega di specialità, dr. \_\_\_\_\_ ossia, vale a dire un'incapacità lavorativa nell'attività di donna di pulizia nella misura del 30%.

### **Patologia psichiatrica**

Sempre dagli atti sappiamo che l'A. è attualmente in cura psichiatrica dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, la quale giudica un grado di capacità lavorativa nella misura dello 0% (atto del 24.08.2004). L'A. è quindi stata presentata al nostro consulente dr. \_\_\_\_\_, il quale ha potuto procedere a un'esauriente esplorazione psichiatrica presso il SAM. Nel suo rapporto descrive in dettaglio lo svolgimento di una giornata tipo dell'A., al fine di meglio precisare il profilo della capacità lavorativa. Descrive in seguito l'attuale stato psicopatologico, dove sottolinea come l'A. presenta una preponderante sintomatologia algica su quella del tono dell'umore. Constata una lieve fluttuazione del tono dell'umore verso il polo negativo con una chiara esagerazione della mimica, non accompagnata da un'angoscia endopsichica. Ritiene che questa discrepanza induce a ritenere una tendenza dell'A. ad esagerare la propria sofferenza. Per questi motivi, il dr. \_\_\_\_\_ sottolinea come non si possa emettere una diagnosi correlata sul piano dei disturbi affettivi; infatti non emerge una chiara sofferenza di adattamento alla malattia, né sono riscontrabili sofferenze sul piano transculturale di adattamento sociale. Precisa che la gestione della giornata da parte dell'A. mette in luce ancora delle riserve sia cognitive che comportamentali. Inoltre, non è in atto nessun processo regressivo del comportamento, ma bensì una tendenza al vittimismo e al rifugiarsi in un luogo passivo che ha una funzione di guadagno secondario in ambito familiare. A riguardo della valutazione della capacità lavorativa, ritiene che la sintomatologia algica presentata, giustificante la diagnosi di una sindrome somatoforme da dolore persistente, incide nell'attività da ultimo svolta con una diminuzione della capacità lavorativa nella misura di almeno il 30%.

## **7 VALUTAZIONE MEDICO-TEORICA GLOBALE DELL'ATTUALE CAPACITA' LAVORATIVA**

L'attuale grado di capacità lavorativa medico - teorica globale dell'A. nella professione di ausiliaria per pulizie è valutabile nella misura del 70%, come argomentato sopra.

Facciamo notare come le limitazioni dal punto di vista reumatologico e psichiatrico si riferiscono alla stessa problematica algica e pertanto, non hanno carattere cumulativo.

## **8 CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA**

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

Secondo il parere del nostro consulente psichiatra, il quadro clinico si è mantenuto invariato per quanto riguarda la capacità lavorativa dell'A.. Da quanto descritto, risulta evidente la differente valutazione dell'impatto sulla capacità lavorativa dal punto di vista psichiatrico. Facciamo notare come il nostro consulente psichiatra sostenga che non emerga una chiara sofferenza di adattamento alla malattia, né sono riscontrabili sofferenze sul piano transculturale di adattamento sociale e pertanto, non risulta possibile confermare la diagnosi posta dal dr. \_\_\_\_\_ e dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ relativa a una sindrome da disadattamento.

Durante il periodo di osservazione presso il SAM non abbiamo potuto evidenziare nel comportamento dell'A., alcun processo regressivo, ma bensì la tendenza al vittimismo e al rifugiarsi in un ruolo passivo. Questi elementi, a nostro avviso, non permettono di ridurre la capacità lavorativa in misura superiore al 30%.

## **9 CONSEGUENZE SULLA CAPACITÀ D'INTEGRAZIONE**

Alla luce del quadro psicopatologico descritto non riteniamo possibile effettuare provvedimenti di integrazione professionale. A riguardo delle possibilità terapeutiche, dobbiamo sottolineare che quest'A. presenta una grande tendenza alla posizione passiva e di vittima nei confronti della sua sofferenza, per cui risulterà difficile attivarla e renderla consapevole di questa sua modalità con l'obiettivo di mettere in atto dei meccanismi di difesa differenti, che le permettano di fuoriuscire dalla logica passiva. Il trattamento psicofarmacologico dovrebbe essere potenziato, ma sospettiamo che la compliance sia scarsa.

Riteniamo che l'A potrà essere in grado di svolgere altre attività lavorative dal punto di vista medico - teorico in lavori fisicamente leggeri, che non richiedano sforzi eccessivi per la colonna vertebrale (sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 10 Kg, movimenti ripetuti di

flessione ed estensione del tronco, lavori prolungati in posizione inergonomiche) sempre però con un grado di capacità lavorativa nella misura massima del 70%. Riteniamo con ciò, che la sintomatologia algica che invade l'A., incide anche sul vissuto psicologico che ha di se stessa e quindi influenza ogni attività lavorativa che le venga proposta.

Per queste ragioni, riteniamo che pure nell'attività di casalinga, benché l'A. possa gestire a suo piacere il mansionario, il grado di capacità lavorativa raggiunge al massimo il 70%." (Doc. 12)

- 2.5. Affinché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutti i mali di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (cfr. Ulrich Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 p. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123).

A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il TFA ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, DTF 122 V 161, 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, p. 332 ).

Nella DTF 125 V 351 seg. (= SVR 2000 UV10, p. 33ss.), nell'ambito delle assicurazioni sociali, la nostra Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento.

Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 p. 95).

Per quel che riguarda il medico curante, infine, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tener conto del fatto che, in caso dubbio, egli attesta a favore del suo paziente (DTF 125 V 353 consid. 3a)cc), STFA del 27 dicembre 2001 nella causa P., 1603/01; cfr. U. Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht*, Zurigo 1997 p.230).

- 2.6. Va qui rammentato che, sempre nell'ambito delle assicurazioni sociali, e meglio dell'assicurazione per l'invalidità, per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che é decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 p. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 p. 180; ZAK 1984 p.342, 607 ; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, *Grundriss des Sozialversicherungsrechts*, Berna 2003, p. 128).

L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che:

"(...)

Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)."

Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la

tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, p. 10 consid. 3b; RCC 1992 p. 182 consid. 2a con riferimenti).

Inoltre, nella sentenza 5 ottobre 2001 pubblicata in DTF 127 V 294 e seg., il TFA ha fatto proprie le considerazioni esposte da Mosimann (Somatoforme Störungen: Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in: SZS 1999 pp. 105ss), in cui questo autore ha descritto in dettaglio i compiti del perito medico che deve esprimersi sul carattere invalidante di un'affezione somatoforme.

Secondo M, in ambito psichiatrico l'esperto deve innanzitutto porre una diagnosi secondo una classificazione riconosciuta e pronunciarsi sulla gravità dell'affezione. Il perito deve anche valutare l'esigibilità della ripresa di un'attività lucrativa da parte dell'assicurato. Tale prognosi deve tener conto di diversi criteri, quali il carattere premorbo, l'affezione psichica e quelle organiche croniche, la perdita d'integrazione sociale, un eventuale profitto tratto dalla malattia, il carattere cronico della malattia, la durata pluriennale della stessa con sintomi stabili o in evoluzione e l'impossibilità di ricorrere a trattamenti medici secondo la regola d'arte. La prognosi sfavorevole deve essere fatta in base all'insieme dei succitati criteri. L'esperto deve inoltre esprimersi sull'aspetto psicosociale della persona esaminata. Del resto, un rifiuto di una rendita deve ugualmente basarsi su diversi criteri, tra i quali le divergenze tra i dolori descritti e quelli osservati, le allegazioni sull'intensità dei dolori la cui descrizione rimane sul vago, l'assenza di una richiesta di cura, le evidenti divergenze tra le informazioni fornite dal paziente e quelle risultanti dall'anamnesi, il fatto che le lamentele molto dimostrative lascino l'esperto insensibile, come pure le allegazioni di grandi handicap nonostante un ambiente psico-sociale intatto (STCA inedita 27 settembre 2001 nella causa A., inc. 32.1999.124).

Con sentenza del 28 maggio 2004 (I 702/03), il TFA ha evidenziato che:

"5.2 In una recente sentenza, questa Corte ha avuto modo di precisare che una tale inesigibilità presuppone in ogni caso la presenza manifesta di una comorbidità psichiatrica di notevole gravità, intensità e durata oppure la presenza costante e intensa di altri criteri qualificati quali (1) l'esistenza di concomitanti affezioni organiche

croniche accompagnate da un decorso patologico pluriennale con sintomi stabili o in evoluzione senza remissione duratura, (2) la perdita d'integrazione sociale in tutti gli ambiti della vita, (3) uno stato psichico consolidato, senza possibilità di evoluzione sul piano terapeutico, ad indicare allo stesso tempo l'insuccesso e la liberazione dal processo risolutivo del conflitto psichico (profitto primario tratto dalla malattia; "primärer Krankheitsgewinn") oppure (4) l'insuccesso di trattamenti ambulatoriali o stazionari conformi alle regole dell'arte nonché di provvedimenti riabilitativi a dispetto degli sforzi profusi dalla persona assicurata (sentenza citata del 12 marzo 2004 in re N., consid. 2.2.3 e sentenza del 21 aprile 2004 in re P., I 870/02, consid. 3.3.2; VSI 2000 pag. 155 consid. 2c; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [editori], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, San Gallo 2003, pag. 76 segg. e 80 segg.)."

- 2.7. In concreto, dalla numerosa documentazione medica agli atti emerge innanzitutto che l'assicurata, dal profilo reumatologico, sia nell'attività precedente di donna delle pulizie, che in attività confacenti al suo stato di salute, è inabile al lavoro al 30%.

Sia il Dr. med. \_\_\_\_\_ che gli specialisti del SAM sono infatti giunti alla medesima conclusione, dopo aver effettuato approfonditi esami medici sull'interessata.

In particolare il Dr. med. \_\_\_\_\_, medicina interna, specialista malattie reumatiche FMH, nel suo referto del 1. giugno 2004 sostiene che la valutazione dell'inabilità lavorativa *"obbliga a una differenziazione fra capacità lavorativa teorica dal punto di vista prettamente reumatologico e capacità lavorativa praticamente realizzabile dal punto di vista globale. Considerando gli aspetti prettamente reumatologici, la fibromialgia giustifica un'incapacità lavorativa teorica massima, nella situazione che ci occupa, del 30%."*

Pure i medici del SAM, e meglio il Dr. med. \_\_\_\_\_, specialista in malattie reumatiche FMH, dopo aver esaminato la numerosa documentazione medica a sua disposizione ha confermato la diagnosi già posta dal Dr. med. \_\_\_\_\_ *"di una sindrome somatoforme del dolore cronico (a mio parere non è invece corretto diagnosticare una fibromialgia, in presenza di una panalgia)"* e per quanto concerne la valutazione della capacità lavorativa *"posso nuovamente confermare la valutazione del Dott. \_\_\_\_\_, il quale ritiene l'assicurata, sotto l'aspetto puramente reumatologico, inabile allo svolgimento del suo lavoro di donna delle pulizie nella misura di ca. il 30%."* In lavori fisicamente leggeri, che non richiedono sforzi eccessivi per la

colonna vertebrale lo specialista ritiene l'attrice abile senza particolari limitazioni (doc. 12).

Va pertanto esaminato se dal punto di vista psichico esiste invece un'inabilità lavorativa maggiore.

Mentre il Dr. med. \_\_\_\_\_, medico fiduciario della Cassa e la Dr.ssa med. \_\_\_\_\_, curante dell'attrice, ritengono l'interessata completamente inabile anche dal punto di vista psichiatrico, il dr. med. \_\_\_\_\_, Medico Capo dell' \_\_\_\_\_, sostiene che l'assicurata presenta un'incapacità lavorativa del 30%, sia nella sua precedente attività, che in attività più leggere confacenti al suo stato di salute.

Nel caso di specie il perito, dopo aver visitato la paziente, ha posto la diagnosi di *"sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4)"* (doc. 10) ed ha evidenziato come *"il contatto con l'interlocutore è caratterizzato fin dall'inizio da un'importante tendenza alle lamentele continue e ad una esagerazione dell'espressione delle emozioni, valutata dal corrugamento della fronte, il tono di voce fluttuante che calca in modo quasi teatrale una sofferenza psicologica e che sul piano del tono dell'umore non è di rilievo."*

Lo specialista ha precisato come nel caso di specie vi sia *"una chiara esagerazione della mimica, non accompagnata da un'angoscia endopsichica. Questo contrasto fa pensare ad una tendenza dell'assicurata ad esagerare la sofferenza."* Lo specialista ha poi rilevato come la valutazione dello stato di salute dell'interessata e la prognosi a medio-lungo termine, *"risulta difficile per il fatto che l'assicurata tende a esagerare la sintomatologia, quindi rende difficile la quantificazione della stessa"* e che *"siamo confrontati con una situazione complessa, in quanto si tratta di un'assicurata che presenta una grande tendenza alla posizione passiva e di vittima nei confronti della sua sofferenza, per cui risulta difficile non poter accogliere questa sua modalità."*

Lo specialista ritiene di conseguenza che l'incapacità lavorativa dell'attrice, sia nella precedente attività che in quelle più confacenti, raggiunge il 30%.

Va qui rilevato che la tendenza a esagerare la sintomatologia l'ha riscontrata anche il reumatologo del SAM, laddove evidenzia di aver *"riscontrato una paziente in discrete condizioni generali, di costituzione obesa, notevolmente sofferente, dimostrativa nel*

*manifestare i suoi dolori."* (doc. 11) ed anche lo "status del perito SAM", a pag. 7 della perizia pluridisciplinare, indica che l'attrice ha un'attitudine sofferente, durante l'esame esagerata reazione di dolore ad ogni approccio, tanto che l'esame clinico ne risulta disturbato." (doc. 12)

L'attrice contesta le conclusioni degli specialisti rilevando che anche il medico fiduciario della cassa aveva concluso per un'inabilità totale dal punto di vista psichiatrico, che la curante ha avuto modo di esaminare la paziente in più occasioni e conosce meglio la sua situazione valetudinaria ed infine che i medici del SAM hanno visto la paziente solo in due occasioni, in un periodo comunque successivo alla valutazione dei Dr. \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, senza tuttavia sottoporre l'attrice ad un ricovero stazionario. L'attrice contesta inoltre che la valutazione complessiva dell'inabilità lavorativa sia del 30%, se già solo per la patologia psichica l'inabilità raggiunge tale percentuale.

A proposito delle perizie allestite dal SAM, va evidenziato come in ambito di assicurazione invalidità il TFA ha accertato che *"l'indipendenza e l'imparzialità dei periti dei centri medici d'accertamento, richieste dagli art. 4 Cost. e 6 n. 1 CEDU, erano già garantite prima dell'entrata in vigore, il 1° giugno 1994, del nuovo statuto riconosciuto a essi centri. L'influenza dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali si limitava a questioni d'ordine amministrativo-organizzativo. Con il nuovo statuto è stato ancorato il concetto dell'indipendenza medico-specifica dei periti, che già esisteva in precedenza."* (DTF 123 V 175, in particolare pag. 178 consid. 4b, STFA del 5 novembre 2002 nella causa S., 1665/00, consid. 2.3).

Il TCA non ha nessun motivo per non prendere in considerazione le conclusioni a cui sono giunti i periti del SAM.

Gli esperti, su incarico dell'UAI, hanno infatti allestito una perizia pluridisciplinare completa ed approfondita, nella quale, dopo aver esaminato gli atti medici a loro disposizione e aver posto l'anamnesi familiare, personale-sociale, professionale, patologica e sistemica, hanno posto la diagnosi (con influsso sulla capacità lavorativa) di sindrome somatoforme da dolore persistente con panalgia. A proposito della patologia psichiatrica gli specialisti rilevano che l'interessata è stata visitata dal Dr. med. \_\_\_\_\_, *"il quale ha potuto procedere a un'esauriente esplorazione psichiatrica presso il SAM."* I medici del SAM rammentano che lo specialista ha sottolineato come l'attrice

*"presenta una preponderante sintomatologia algica su quella del tono dell'umore. Costata una lieve fluttuazione del tono dell'umore verso il polo negativo con una chiara esagerazione della mimica non accompagnata da un'angoscia endopsichica. Ritiene che questa discrepanza induce a ritenere una tendenza dell'A. ad esagerare la propria sofferenza" ed infine che "a riguardo della valutazione della capacità lavorativa, ritiene che la sintomatologia algica presentata, giustificante la diagnosi di una sindrome somatoforme da dolore persistente, incide nell'attività da ultimo svolta con una diminuzione della capacità lavorativa nella misura di almeno il 30%."*

Gli esperti, sulla base delle valutazioni reumatologiche e psichiatriche dei due specialisti (dr. med. \_\_\_\_\_ e dr. med. \_\_\_\_\_) hanno stabilito che *"l'attuale grado di capacità lavorativa medico-teorica globale dell'A. nella professione di ausiliaria per pulizie è valutabile nella misura del 70%, come argomentato sopra."* I medici hanno inoltre sottolineato che *"le limitazioni dal punto di vista reumatologico e psichiatrico si riferiscono alla stessa problematica algica e pertanto, non hanno carattere cumulativo."*

Gli specialisti hanno evidenziato che le conseguenze sulla capacità lavorativa sono dovute essenzialmente alla presenza della sintomatologia descritta sia dallo psichiatra che dal reumatologo, relativa alla panalgia. *"La percezione soggettiva dei dolori influisce sulla capacità lavorativa il rendimento dell'attività da ultimo svolta nella misura del 30% in modo globale" e che "questa limitazione della capacità lavorativa dell'A., va considerata a partire da luglio 2003 come segnalato dal medico curante (vedasi atto del 19.05.2004). Da allora si è assistito a una fluttuazione della sintomatologia complessiva, quella algica e quella affettiva."*

Va qui evidenziato come i medici del SAM hanno fatte proprie le valutazioni del perito psichiatra, affermando che *"secondo il parere del nostro consulente psichiatra, il quadro clinico si è mantenuto invariato per quanto riguarda la capacità lavorativa dell'A.. Da quanto descritto, risulta evidente la differente valutazione dell'impatto sulla capacità lavorativa dal punto di vista psichiatrico. Facciamo notare come il nostro consulente psichiatra sostenga che non emerga una chiara sofferenza di adattamento alla malattia, né sono riscontrabili sofferenze sul piano transculturale di adattamento sociale e pertanto, non risulta possibile confermare la diagnosi posta dal dr. \_\_\_\_\_ e*

dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ relativa a una sindrome da disadattamento."

Gli specialisti affermano infine che *"durante il periodo di osservazione presso il SAM non abbiamo potuto evidenziare nel comportamento dell'A., alcun processo regressivo, ma bensì la tendenza al vittimismo e al rifugiarsi in un ruolo passivo. Questi elementi, a nostro avviso, non permettono di ridurre la capacità lavorativa in misura superiore al 30%."* Questa percentuale è stata confermata anche per quanto concerne un'attività più leggera e confacente al suo stato di salute.

Questo Tribunale non vede ragioni per non far proprie le chiare conclusioni della perizia del SAM, che, pur divergendo dalle constatazioni della curante dell'attrice e del medico fiduciario della Cassa, sono maggiormente approfondite e prendono in considerazione l'intero vissuto della paziente. Il referto, fatto allestire dall'UAI, è inoltre successivo alle valutazioni degli altri due specialisti e lo psichiatra che ha effettuato la perizia ha potuto constatare personalmente, e dunque direttamente, la tendenza dell'attrice ad esagerare la propria sofferenza psichica. Questa tendenza al vittimismo è stata riscontrata anche dal perito reumatologo ed è stata posta a motivazione della perizia pluridisciplinare indipendente del SAM.

Alla luce delle considerazioni sopra esposte questo TCA deve pertanto concludere che l'inabilità lavorativa dell'attrice sia in attività confacenti al suo stato di salute che in attività più leggere è del 30%, ossia una percentuale inferiore al 50% che darebbe diritto all'erogazione di prestazioni per l'indennità giornaliera.

In queste condizioni la petizione deve essere respinta.

- 2.8. Secondo l'art. 49 cpv. 2 LSA (art. 47 cpv. 4 vLSA), i tribunali svizzeri devono trasmettere gratuitamente all'autorità di sorveglianza una copia di tutte le sentenze civili concernenti disposizioni del diritto in materia di contratto d'assicurazione.

Alla luce della LSA s'impone la notifica anche della presente sentenza all'autorità di sorveglianza.

- 2.9. L'art. 43 della Legge federale sull'organizzazione giudiziaria (OG) prevede il ricorso per riforma al Tribunale federale per violazione del diritto federale. L'OG prevede in particolare la possibilità di adire il Tribunale Federale contro giudizi cantonali

(art. 48 OG) in procedure di carattere non pecuniario in ambiti specifici (art. 44 OG). Rispettivamente è ammissibile il ricorso per riforma in procedure pecuniarie in specifici ambiti del diritto senza riguardo al valore pecuniario (art. 45 OG).

L'art. 46 dell'OG precisa che:

"Nelle cause civili per altri diritti di carattere pecuniario, il ricorso per riforma è ammissibile solo quando, secondo le conclusioni delle parti, il valore litigioso davanti all'ultima giurisdizione cantonale raggiungeva ancora 8'000 franchi almeno."

Nel caso in esame, il valore litigioso è rappresentato dalle indennità giornaliere che la Cassa malati dovrebbe versare all'attrice, a dipendenza della sua incapacità di lavoro, dal 1. febbraio 2004 fino ad esaurimento delle prestazioni (cfr. doc. I). In concreto un'indennità giornaliera corrisponde al 90% del salario determinante, ossia del salario AVS (doc. 2) e viene versata per 720 giorni previa deduzione del termine di attesa di 60 giorni.

L'attrice guadagnava fr. 18.50 all'ora, per 7 ore e 50 minuti al giorno per 5 giorni. Dagli atti risulta che da gennaio a novembre 2003 ha avuto un guadagno mensile minimo di fr. 2007.25 (gennaio) ed uno massimo di fr. 3961.15 (novembre).

Poiché l'assicurata ha ottenuto indennità giornaliere per 162.5 giorni (cfr. questionario per il datore di lavoro dell'incarto AI) e chiede il versamento di ancora 497.50 giorni (720 — 60 — 162.50), manifestamente l'importo di fr. 8'000 è raggiunto, motivo per il quale il presente giudizio è impugnabile mediante ricorso per riforma al Tribunale Federale di Losanna.

Per questi motivi

### **dichiara e pronuncia**

1.- La petizione è **respinta**.

2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato.

3.- Intimazione alle parti ed all'UFAP, Berna.

Contro il presente giudizio è dato ricorso per riforma al Tribunale federale di Losanna ai sensi degli artt. 43 segg. della Legge federale sull'organizzazione giudiziaria (OG).

Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni  
Il presidente



Il segretario



INTNAZIONE

23 FEB. 2006

TRIBUNALE CANTONALE  
DELLE ASSICURAZIONI