

TI_GERICHTE 32.2001.89 vom 19. September 2001

TI Tribunale d'appello, 2001-09-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2001.89

FR: TI_GERICHTE 32.2001.89 du 19 septembre 2001

IT: TI_GERICHTE 32.2001.89 del 19 settembre 2001

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 22.01.2002 32.2001.89 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 22.01.2002 32.2001.89 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 22.01.2002 32.2001.89

Sentenza o decisione senza scheda

RACCOMANDATA Incarto n. 32.2001.00089 BS /nh Lugano 22 gennaio 2002 In nome della Repubblica e Cantone del Ticino Il vicepresidente del Tribunale cantonale delle assicurazioni Giudice Raffaele Guffi con redattore: Marco Bischof segretario: Fabio Zocchetti statuendo sul ricorso del 22 ottobre 2001 di _____, rappr. da: _____, contro la decisione del 19 settembre 2001 emanata da Ufficio assicurazione invalidità, 6501 Bellinzona 1 Caselle, in materia di assicurazione federale per l'invalidità ritenuto, in fatto 1.1. _____, nata nel 1965, ha lavorato in fabbriche di prodotti farmaceutici ed in ditte di elettronica. A seguito dei dolori nella zona cervicale e scapolare, il 24 novembre 1999 essa ha presentato una domanda tendente all'ottenimento di prestazioni AI per adulti. Dal 1° gennaio 2001 lavora al 50% quale cassiera in un grande magazzino. 1.2. Esperiti gli accertamenti medici ed economici, con progetto di decisione 3 luglio 2001 l'Ufficio assicurazione invalidità (UAI) ha respinto la domanda di prestazioni in quanto: " Dalla documentazione medica acquisita all'incarto, ed in particolare dalla perizia eseguita dal Dr. _____ in data 19.02.2001, si evince l'inabilità lavorativa del 30% nella professione svolta precedentemente nel settore farmaceutico ed al 20% nell'attuale professione quale cassiera in un grande magazzino, in attività che rispecchiano le indicazioni mediche (evitare posizioni statiche prolungate, sollevamento o trasporto superiore ai 10 chili e non in modo ripetitivo, lavori ripetitivi con gli arti superiori e particolarmente sopra l'orizzontale) vi sarebbe una riduzione d'esigibilità del 15%; il grado d'invalidità è pertanto inferiore alla percentuale minima del 40% che darebbe diritto ad un quarto di rendita." (doc. AI _) Prendendo posizione in merito a tale progetto di decisione, con scritto 26 luglio 2001 il medico curante dell'assicurata ha rilevato che per motivi di salute la sua paziente ha dovuto cessare l'attività di operaia al 100%, per cui ha accettato un posto al 50% quale cassiera. Visto che nonostante la somministrazione di medicinali la sintomatologia dolorosa non è cessata, il dr. _____ ritiene data un'inabilità del 50% (doc. AI _). Su richiesta dell'UAI, con lettera 21 agosto 2001 il dr. _____ ha precisato che il peggioramento dello stato di salute dell'assicurata è subentrato dopo la visita peritale. Ricordato che a quell'epoca la paziente beneficiava di una cura antireumatica (Celebrex), rilevatasi poi inefficace, il medico curante ha dunque sostenuto che la sintomatologia è riapparsa nel mese di marzo/aprile (doc. AI _). L'amministrazione ha in seguito chiesto alla d.ssa

_____ di prendere posizione sul parere del medico curante. Il 5 settembre 2001 essa ha escluso un peggioramento e convalidato l'inabilità lavorativa del 30% accertata dal perito (doc. _). Con provvedimento formale 19 settembre 2001 l'UAI ha quindi confermato la proposta decisionale (doc. AI _). 1.3. Contro la decisione amministrativa è tempestivamente insorta l'assicurata, per il tramite del suo legale, postulando in via principale il riconoscimento di un grado d'inabilità superiore al 50%. In via subordinata essa ha chiesto che gli atti vengano rinviati all'UAI affinché accerti lo stato di salute in assenza del farmaco Celebrex e dopo un periodo di attività lavorativa al 50%. Innanzitutto l'assicurata contesta le conclusioni della perizia del dr. _____ in quanto: " Quest'ultimo ha valutato l'inabilità lavorativa dalla ricorrente senza tenere in considerazione due elementi essenziali per la valutazione dello stato di salute. In primo luogo egli non ha tenuto conto della terapia medicamentosa di Celebrex che in quel momento era ancora efficace, alleviando il dolore percepito dalla paziente. Si noti che alla voce medicinali , il rapporto del 19 febbraio 2001 indica "nessuno". Il medico interpellato dall'amministrazione avrebbe senz'altro dovuto valutare lo stato di salute della ricorrente, ipotizzando l'assenza dei benefici dati dal Celebrex. Tale medicamento non era infatti stato somministrato all'epoca della domanda di prestazioni AI e tale medicamento non dava più alcun beneficio all'epoca del progetto di decisione, rispettivamente della decisione formale. E in assenza del medicamento la sintomatologia dolorosa è molto più intensa, tanto da rendere impossibile lo svolgimento di un'attività lavorativa al 100% e forse anche al 50%. In secondo luogo il dott. _____ non ha tenuto conto del fatto che la ricorrente aveva ripreso a lavorare, peraltro al 50%, solo da un mese, dopo un periodo di disoccupazione. Il dott. _____ ha ben messo in evidenza che la sintomatologia dolorosa era strettamente connessa con l'attività lavorativa. Dopo periodi di riposo, essa diminuiva per peggiorare dopo la ripresa del lavoro. Anche di questo fatto andava dunque tenuto conto. L'inabilità al lavoro del 30% doveva dunque essere proporzionalmente aumentata, tenendo in considerazione che al momento della visita la ricorrente beneficiava di due fattori che riducevano molto i dolori altrimenti costanti." _____ contesta altresì le conclusioni della dott.ssa _____: " La ricorrente contesta pure le conclusioni alle quali giunge la dott.ssa _____, in un rapporto lapidario, senza aver peraltro eseguito un esame approfondito. Quest'ultima osserva correttamente che la sintomatologia è sempre stata di intensità variabile. Essa sbaglia però dove dice che la valutazione del dott. _____ dev'essere confermata. Si ribadisce che quest'ultima valutazione è stata fatta in un periodo in cui la ricorrente stava relativamente bene a causa di due elementi straordinari e irripetibili, quali il periodo di riposo precedente la perizia e la cura medicamentosa al Celebrex. La valutazione doveva semmai essere fatta oggi, dopo oltre 6 mesi di attività lavorativa al 50% e senza i benefici del Celebrex. Il peggioramento di salute dal 12 febbraio 2001 è evidente e non può essere negato, così come non può essere negato che lo stato di salute era peggiore rispetto a febbraio 2001 anche al momento della domanda di prestazioni AI." Pertanto, secondo la ricorrente, l'UAI non avrebbe "dunque dovuto decidere sulla base della proposta della dott.ssa _____, senza sottoporre la ricorrente ad una nuova perizia medica approfondita. Così facendo esso non ha tenuto in debita considerazione i concreti indizi che il medico curante ha sottolineato a comprova di un'inabilità lavorativa maggiore e non ha tenuto in debita considerazione che il rapporto del dott. _____ presenta lacune che andavano approfondite." 1.4. Mediante risposta 14 novembre 2001 l'UAI ha chiesto la reiezione del gravame. Facendo riferimento alle censure dell'assicurata, l'amministrazione ha osservato che: " Per quanto attiene alla prima questione, appare innanzitutto quantomeno

strano che il perito abbia espressamente dichiarato che la paziente non assumeva alcun farmaco. Ad ogni modo, il farmaco avrebbe svolto una funzione inibitrice nei confronti della sintomatologia dolorosa, quindi sulle constatazioni soggettive. Il perito ha per contro fondato le proprie conclusioni su esami obiettivi (visita, radiografie, ...). In altri termini ha basato il proprio giudizio su esami oggettivi. Per quanto attiene alla seconda obiezione, il perito ha espresso il proprio giudizio sulla base dello stato di fatto al momento in cui è stata effettuata la visita. Sicuramente non gli si può rimproverare di non aver saputo quantificare un eventuale peggioramento che le circostanze avrebbero potuto implicare. Dal punto di vista dello scrivente Ufficio la perizia merita quindi piena conferma. Per quel che concerne poi l'asserito peggioramento, si rileva come agli atti non figurino elementi atti a comprovare tale mutamento. Anzi, il curante sembrerebbe al contrario attestare uno stato pressoché stabile. In effetti, nel primo rapporto 14 dicembre 1999 dichiarava che la paziente presentava un'incapacità lavorativa del 50% (CF. doc. n. _ inc. AI). Nella presa di posizione che ha fatto seguito all'emissione del progetto di decisione (doc. n. _ inc. AI), ha sottolineato come la paziente sia "inabile al lavoro almeno al 50%". Al proposito si rimanda altresì alla nota del nostro medico, dottor _____, in annesso." (III) 1.5. Con osservazioni del 5 dicembre 2001 alla riposta di causa, la ricorrente ribadisce le proprie richieste ricorsuali. in diritto 2.1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi degli articoli 26 c cpv. 2 della Legge organica giudiziaria civile e penale e 2 cpv. 1 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale delle assicurazioni (cfr. STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304/99; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., I 623/98). Nel merito 2.2. Oggetto del contendere è sapere se a _____ può essere riconosciuta una rendita d'invalidità. L'art. 4 cpv. 1 LAI definisce l'invalidità, nel senso della legge, come l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi: - un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e - la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (G. Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, pag. 216ss). L'invalidità non si confonde con l'incapacità funzionale di membra o di organi, la quale può anche non influire sulla capacità di guadagno o menomarla in una proporzione diversa da quella esistente fra lo stato di piena integrità fisica e psichica e lo stato alterato da disturbi somatici o psichici. Pertanto non incombe al medico, bensì agli organi preposti all'applicazione della legge di accertare, fondandosi tra l'altro sulle necessarie informazioni sanitarie, l'esistenza e il grado di un'asserita invalidità (DTF 114 V 314). Tuttavia, perché la perdita di guadagno accertata acquisti rilevanza giuridica ai fini dell'AI, è necessario che si trovi in rapporto causale con il danno alla salute. In altre parole la perdita di guadagno presa in considerazione dalla legge è solamente quella procedente dall'infermità. La diminuzione del reddito nella misura in cui deriva da altre cause (di natura soggettiva od economica) non è per contro, suscettibile di una valutazione giuridica ai fini dell'erogazione della rendita. Quindi, l'assicurato che può svolgere ancora un'ampia gamma di lavori remunerativi a lui confacenti è tenuto - prima di poter pretendere una rendita AI - a reintegrarsi o a farsi reintegrare in altra attività (ad

esempio dall'Ufficio del lavoro o, se sono dati i presupposti legali, dall'URIP; cfr. RCC 1991, pag. 47, consid. 7c). Va inoltre precisato che, secondo l'art. 28 cpv. 1 LAI, gli assicurati hanno diritto a una rendita intera se sono invalidi almeno al 66 2/3 %, a una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50 % o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40 %.

2.3. Secondo l'art. 28 cpv. 2 LAI l'invalidità è determinata stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido. Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito ch'egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (RCC 1992, pag. 182 consid. 3; RCC 1990, pag. 543 consid. 2; M. Valterio, *Droit et pratique de l'assurance-invalidité, Les prestations*, pagg. 200 e ss.). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (art. 28 cpv. 2 LAI). Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989, pag. 325 consid. 2b; DTF 107 V 21 consid. 2c; G. Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, pag. 232; D. Cattaneo, *Les mesures préventives et de réadaptation de l'assurance-chômage*, pagg. 316 e s. nn. 1158 e 1159 e la giurisprudenza citata). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende d'altra parte dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il TFA i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a).

2.4. Nel caso concreto, al fine di accertare lo stato di salute di _____ e le eventuali ripercussioni sull'abilità lavorativa, l'amministrazione ha incaricato il dr. _____ di eseguire una perizia reumatologica. Nel rapporto 19 febbraio 2001 il perito ha in particolare posto la seguente diagnosi: fibromialgia, sindrome cervico-spondilogenica cronica, incipiente discopatia C4/C5 e C5/C6; dorso lombalgie croniche comuni. Riguardo alla valutazione globale dello stato di salute dell'assicurata, il dr. _____ ha precisato: " Discussione : La signora _____ mostra una fibromialgia. La diagnosi può essere posta secondo i criteri ACR 1990 sulla base di dolori cronici diffusi (assiali e ai 4 quadranti) in presenza di 14/18 punti di fibromialgia dolorosi ad una pressione digitale di ca. 4 kg. Non si sono elementi per una malattia reumatologica infiammatoria e non è conosciuta una ipotiroidosi o un'epatite C. La fibromialgia influisce sulla capacità lavorativa attraverso i dolori cronici diffusi, i disturbi del sonno e la stanchezza. La signora _____ presenta una sindrome cervico-spondilogenica cronica. All'esame clinico la mobilità cervicale è normale, vi è un lieve aumento del tono muscolare a livello della muscolatura paravertebrale cervicale, nessun elemento per una neuro-compressione. Le radiografie standard realizzate mostrano un discopatia C4/C5 e C5/C6. Si tratta di un reperto relativamente comune il cui significato va relativizzato. Circa il 25% di pazienti asintomatiche tra i 30 e i 40 anni mostrano almeno

una discopatia. L'importa soggettiva dei dolori è da ricondurre alla problematica della fibromialgia. Anche le lombalgie croniche vanno interpretate nell'ambito della fibromialgia. L'esame clinico è normale. Le radiografie standard a nostra disposizione non mostrano reperti patologici di rilievo." (doc. AI _) Per quel che concerne la valutazione sull'abilità lavorativa, lo specialista ha rilevato: " Abilità al lavoro Dal punto di vista reumatologico teorico, particolarmente nelle attività precedentemente svolte di operaia nel settore farmaceutico, la signora _____ è inabile al lavoro nella misura del 30%. Anche per lavori che implicino posizioni statiche obbligatoriamente non ergonomiche prolungate, come nel controllo qualità e nella saldatura di piccoli pezzi per l'elettronico oppure in lavori che implicino movimenti ripetitivi con gli arti superiori particolarmente sopra all'orizzontale, la signora _____ è inabile al lavoro nella misura del 30%. Per lavori mediamente pesanti e lavori che implicino posizioni statiche prolungate ma relativamente ergonomiche come il lavoro attuale di cassiera in un grande magazzino, la signora _____ è inabile al lavoro nella misura del 20%. Per lavori leggeri, adatti, cioè lavori che evitino posizioni statiche prolungate, in cui la paziente non sia chiamata a sollevare o trasportare più di 10 kg e non in modo ripetuto, che evitino lavori ripetitivi con gli arti superiori e particolarmente sopra l'orizzontale, l'assicurata è inabile al lavoro nella misura del 15%." (doc. AI _) Infine, egli ha proposto diverse misure per migliorare lo stato di salute dell'assicurata. Con il presente gravame, _____ contesta le conclusioni della perizia.

2.5. Perché 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; STFA del 14 aprile 1998 in re O.B. inedita, STFA del 28 novembre 1996 in re G.F. inedita, STFA 24.12.1993 in re S.H. inedita; SVR 1998 IV Nr. 1 p. 2; SZS 1988 p. 329 e 332; ZAK 1986 p. 189; Locher, Grundriss des Sozialversicherungs- rechts, Berna 1994, p. 332). Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; ZAL 1986 p. 188; RAMI 1993 p. 95). Il TFA ha inoltre precisato che, nell'ipotesi in cui si tratti di una lite in materia di prestazioni, dall'art. 4 CF rispettivamente 6 CEDU, non può essere dedotto il diritto di essere sottoposto ad una perizia medica esterna (DTF 122 V 157). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). In un'altra recente sentenza inedita il TFA ha inoltre considerato rilevante una perizia giudiziaria fatta esperire dal TCA al SAM. Secondo il l'Alta Corte questo servizio non può essere considerato parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (STFA non pubbl. del 22 maggio 1995 in re A. C). Per quel che riguarda il medico di fiducia, infine, secondo la generale esperienza della vita,

il giudice deve tenere conto del fatto che, in dubbio, egli attesta a favore del suo paziente (U. Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997 p. 230, cfr. SVR 2000 IV no. 10).

2.6. Nel caso in esame, dopo attenta disamina degli atti, questo TCA non può che conferire alla perizia del dott. _____ forza probatoria piena. Conformemente ai criteri giurisprudenziali sopra ricordati, il referto in parola è infatti completo, approfondito, chiaro nell'esposizione, logico nonché motivato nelle conclusioni circa la capacità al lavoro dell'assicurata. Dopo dettagliato esame anamnestico e completa esposizione dei reperti clinici e radiologici, il perito ha quindi ritenuto un'inabilità lavorativa del 30% nella professione di operaia svolta precedentemente dall'assicurata nel settore farmaceutico ed in attività con posizioni statiche prolungate non ergonomiche. Con riferimento all'attività attualmente esercitata di cassiera in un grande magazzino, lo specialista ha concluso per un'incapacità del 20%. Infine, in attività leggere svolte secondo le indicazioni mediche, l'inabilità lavorativa è ridotta al 15%. L'assicurata contesta tale valutazione sostenendo che il perito non ha considerato che al momento della visita stava relativamente bene a seguito degli effetti di una terapia medicamentosa (Celebrex) e del fatto che aveva da poco ripreso a lavorare. Orbene, per quel che concerne il primo punto, a prescindere dal fatto che durante la visita l'assicurata ha dichiarato di non assumere alcun farmaco (alla voce medicinali il perito ha indicato "nessuno"), tale omissione non è comunque idonea a ribaltare la valutazione peritale, tantomeno a metterla in discussione. Come rettamente sottolineato dall'UAI in sede di risposta, se il farmaco ha avuto una funzione inibitrice della sintomatologia dolorosa soggettiva, il dr. _____ ha comunque fondato la propria valutazione su riscontri oggettivi, quali la visita, le radiografie. Del resto la somministrazione di un farmaco non incide sul giudizio per quel che concerne la diagnosi di un'affezione. Inoltre, nel capitolo "discussione" lo specialista ha del resto rilevato i punti di dolori accusati dell'assicurata ("La signora _____ mostra una fibromialgia. La diagnosi può essere posta secondo i criteri ACR 1990 sulla base di dolori cronici diffusi (assiali e ai 4 quadranti) in presenza di 14/18 punti di fibromialgia dolorosi ad una pressione digitale di ca. 4 kg") per cui non può essere sostenuto che la conclusione peritale è stata influenzata da elementi estranei e irripetibili. Parimenti ininfluente è il secondo punto in questione. Se al momento della visita per l'assicurata il lavoro di cassiera al 50% risultava sopportabile, come giustamente evidenziato dall'amministrazione, al perito non può essere rimproverato di non aver previsto un'esacerbazione della sintomatologia dolorosa dovuta alla continuazione della stessa attività. L'eventualità di un peggioramento sarà comunque oggetto di discussione nel prossimo considerando.

2.7. Con certificati 26 luglio e 21 agosto 2001 il dr. _____ ha sostenuto un peggioramento dello stato di salute dell'assicurata avvenuto dopo la perizia poiché: "Durante quel periodo la signora _____ ha avuto ancora un beneficio della cura antireumatica con Celebrex che poi è diventato inefficace, così a partire dal mese di marzo-aprile la sintomatologia dolorosa è riapparsa ed è peggiorata progressivamente nonostante l'assunzione di antireumatici non steroideali. I disturbi lamentati consistono in dolori cervico-brachiali e dolori tendinomiotici a livello della colonna cervico-toraco-lombare." (doc. AI _)

Invitata dall'UAI a prendere posizione sul parere del medico curante, in data 5 settembre 2001 la d.ssa _____ ha rilevato: "La valutazione peritale del dr. _____ conclude ad un'incapacità lavorativa variante tra il 15 ed il 30% secondo l'attività lavorativa considerata, in ragione di una fibromialgia. Le considerazioni del dr. _____ portano su un aggravamento della sintomatologia dolorosa cervicale, toracale e lombare tale sintomatologia dolorosa è sempre stata presente, in intensità

variabile, ed è l'elemento principale che ha portato alla diagnosi di fibromialgia. Non vi sono dunque nuovi elementi, anamnestici, clinici o paraclinici che attestino di un peggioramento dello stato di salute dell'A. dopo l'esame peritale del 12.02.2001. Si conferma un'inabilità lavorativa del 30%, non vi sono provvedimenti professionali da intraprendere." (doc. _) Con lettera 17 ottobre 2001 il medico curante ha nuovamente precisato che " il peggioramento della sintomatologia è avvenuto dopo la perizia del 12.2.01 ed era legato strettamente al lavoro effettuato" (doc. _). Orbene, dal punto di vista diagnostico le certificazioni del medico curante non contengono elementi nuovi e diversi da quelli già accertati in sede di perizia. Secondo il dr. _____ ciò che è cambiato è l'intensità dei dolori a seguito della cura antireumatica rilevatasi inefficiente e la continuazione dell'attività lavorativa. Nel certificato 21 agosto 2001 egli ha tuttavia attestato che " a partire dal mese di marzo-aprile la sintomatologia dolorosa è riapparsa ed è peggiorata progressivamente nonostante l'assunzione di antireumatici non steroidali.", (doc. AI _), mentre il 17 ottobre 2001 ha dichiarato che "in seguito la terapia medicamentosa è divenuta inefficace ed i dolori sono aumentati" (sottolineature del redattore, doc. _). Va tuttavia ricordato che una modifica dello stato di salute deve avere un'incidenza sull'incapacità al guadagno. In merito l'art. 88a LAI prescrive che: " Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora o la grande invalidità di cui è affetto si attenua, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (capoverso 1). In caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno o della grande invalidità, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole. L'articolo 29 bis è applicabile per analogia (capoverso 2)." Inoltre, come rettamente rilevato dall'UAI, dagli atti risulta che il medico curante ha certificato uno stato di salute pressoché stabile. Difatti nel rapporto 14 dicembre 1999 egli ha certificato un'inabilità lavorativa del 50% dal 18 agosto 1998 (doc. AI _), confermata nella presa di posizione 26 luglio 2001 al progetto di decisione ("Attualmente, dopo sei mesi di lavoro, lamenta dei dolori continui alla schiena, alle spalle, alle braccia e pure una cefalea spondilogenica. Anche gli antireumatici non steroidali non tolgono la sintomatologia dolorosa. In questa situazione la signora _____ è sicuramente inabile al lavoro almeno al 50%", doc. AI _). In queste circostanze, dunque, agli atti non vi sono degli elementi attestanti un peggioramento dello stato di salute dell'assicurata. Pertanto, sulla base delle risultanze della perizia del dr. _____, alla quale va fatta piena adesione, secondo il TCA, è da ritenere dimostrato, con la certezza richiesta nel campo delle assicurazioni sociali (cfr. DTF 121 V 208 consid. 6a; DTF 115 V 142 consid. 8b; SVR 1996 Nr. 85 pag. 269; SVR 1996 LPC Nr. 22 pag. 263ss RAMI 1994 pag. 210/211) che l'assicurata nella propria professione di operaia presenta un'inabilità lavorativa , e di riflesso, un'incapacità al guadagno del 30%, rispettivamente un'incapacità lavorativa del 20% quale cassiera. Non raggiungendo l'invalidità di _____ il minimo pensionabile (40%), l'amministrazione rettamente ha rifiutato la richiesta di prestazioni. 2.8. Con il gravame _____ ha chiesto al TCA di ordinare una perizia medica specialistica. Al proposito si osserva che, quando l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato (valutazione anticipata delle prove), si rinuncerà

ad assumere altre prove (RCC 1986 pag. 202 consid. 2 d; sentenza TFA del 3 dicembre 1993 in re M.T., sentenza TFA del 27 ottobre 1992 in re A.B.P., sentenza TFA del 13 febbraio 1992 in re M.O., sentenza TFA del 13 maggio 1991 in re A.A., sentenza TCA del 25 novembre 1991 in re G.M.; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2° ed., pag. 274). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito sancito dall'art. 4 vCF, ora esplicitato dall'art. 29 cpv. 2 nuova Costituzione (RCC 1986 pag. 202, consid. 2 d; RAMI 1985 pag. 238 consid. 2d; DTF 106 Ia 162 consid. 2b; Walter, "Il diritto alla prova in Svizzera" in Rivista trimestrale di diritto e procedura civile, 1991, pag. 1292). Poiché la documentazione agli atti risulta sufficiente ai fini della pronuncia del presente giudizio, la richiesta d'assunzione di prove dev'essere respinta. Per questi motivi dichiara e pronuncia

- 1.- Il ricorso é respinto .
- 2.- Non si percepisce tassa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato.
- 3.- Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni, Adligenswilerstrasse 24, 6006 Lucerna, entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il

vicepresidente
Guffi

Il segretario Raffaele
Fabio Zocchetti

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