

TI_GERICHTE 32.2013.52 vom 8. Februar 2013

TI Tribunale d'appello, 2013-02-08, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2013.52

FR: TI_GERICHTE 32.2013.52 du 8 février 2013

IT: TI_GERICHTE 32.2013.52 del 8 febbraio 2013

Regeste

L'UAI ha rettamente respinto una domanda di prestazioni non ritenendo comprovato un peggioramento delle condizioni rispetto alla precedente decisione che aveva riconosciuto una rendita per tempo determinato

Erwägungen

E. 29

settembre 2011, 9C_87/2011 del 1. settembre 2011 e 9C_120/2011 del 25 luglio 2011 per quanto riguarda le perizie raccolte secondo il vecchio standard processuale), questo Tribunale non intravede ragioni per mettere in dubbio le convincenti valutazioni del medico SMR dr. _____, il quale, nell'Annotazione del 20 dicembre 2012, dopo aver esaminato le certificazioni del dr. _____ e del dr. _____, ha concluso che dalle stesse non era possibile ammettere una modifica della situazione rispetto alle precedenti valutazioni poste alla base dell'attribuzione della rendita intera per il periodo da aprile a novembre 2010, segnatamente la perizia bidisciplinare SAM del gennaio 2012 (doc. AI 91, 92 e 69). Sulla base di tali accertamenti andava quindi confermata, dal settembre 2010, un'abilità lavorativa del 70% nella precedente attività quale cassiera e in un'attività leggera adeguata. In effetti, nei rispettivi rapporti medici (dell'ottobre e dicembre 2012), i curanti dell'assicurata riferiscono in sostanza delle medesime diagnosi e della stessa sintomatologia contenute nella perizia SAM resa pochi mesi prima (il 27 gennaio 2012), pur traendo una diversa conclusione in punto alla capacità lavorativa. Essi non indicano tuttavia minimamente i motivi che permetterebbero, per ipotesi, di distanziarsi dalle conclusioni tratte dall'amministrazione e non consentono quindi di ammettere l'intervento di un peggioramento delle sue condizioni. Del resto, come fatto notare dal SMR, la certificazione del dr. _____, che ha in cura l'assicurata "solo" dal 21 maggio 2012, fa decorrere l'inabilità lavorativa completa dal luglio 2010 mentre che la perizia SAM aveva statuito la ripresa della capacità lavorativa del 70% dal settembre 2010. A prescindere dalle riserve che si impongono su una valutazione posta dal curante a posteriori a quasi due anni dal momento in cui viene ipotizzato l'inizio dell'inabilità lavorativa, va detto che la stessa si pone quindi in contrasto con le risultanze degli accertamenti peritali effettuati nell'ambito della precedente procedura posti alla base della decisione 12 giugno 2012, cresciuta incontestata in giudicato e pertanto vincolante. Del resto, con particolare riferimento alla sintomatologia algica diffusa descritta dalla paziente e riportata dal curante, va osservato che già i periti del SAM avevano illustrato come la stessa non trovasse nessun chiaro ed evidente correlato strutturale somatico alla valutazione reumatologica, ortopedica, rispettivamente neuro ortopedica (doc. AI 69). Né del resto il rapporto del dr. _____ del 13 dicembre 2012 permette di scostarsi dalle conclusioni dell'amministrazione, rilevato pure come lo stesso ponga in sostanza le medesime conclusioni, dal punto di vista sia delle

diagnosi che delle ripercussioni sulla capacità lavorativa (inabilità del 50%), già esposte nel precedente certificato del 4 febbraio 2011 che era stato opportunamente esaminato dai periti del SAM in occasione della perizia del gennaio 2012 (doc. AI 69-9). Anche la terapia medicamentosa risulta sostanzialmente analoga a quella somministrata nel 2011 (doc. AI 69-29). Non si può inoltre prescindere dall'osservare che appare quantomeno contraddittorio che a dispetto del quadro di particolare gravità patologica descritto nel rapporto 13 dicembre 2012, il dr. _____ indichi di aver visitato l'ultima volta la paziente il 3 luglio 2012, ossia quasi sei mesi prima (doc. AI 90). Questo Tribunale deve quindi attribuire alla valutazione del medico SMR pieno valore probante conformemente ai succitati parametri giurisprudenziali (cfr. consid. 2.6), giacché egli è giunto a conclusioni logiche, dopo aver esaminato approfonditamente i punti litigiosi importanti e in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi). Al riguardo va pure 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. 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'Ufficio AI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (cfr. STF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 p. 174, con riferimenti). In una decisione del 24 agosto 2006 nella causa B. (I 938/05), il TFA ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante e il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. Del resto l'assicurata, successivamente alla valutazione SMR del 20 dicembre 2012 (doc. AI 92) e prima della resa della decisione contestata o in sede ricorsuale, non ha prodotto alcun documento atto a mettere in qualche modo in dubbio le conclusioni del medico SMR o a sostanziare l'intervento di un peggioramento delle sue condizioni. Non possono in effetti mutare alle predette conclusioni gli scarni certificati del dr. _____ del 22 gennaio 2013 (col quale egli si limita a denunciare una presunta, ma non motivata, mancanza di approfondimento da parte dell'Ufficio AI, doc. AI 98) e del 13 febbraio 2013 (nel quale egli afferma unicamente di non condividere le conclusioni della decisione impugnata, doc. A5). Con riferimento quindi ai pareri espressi dal dr. _____ e dal dr. _____, ribadite le considerazioni che si impongono sulle certificazioni rese dai medici di fiducia (anche se specialisti; cfr. STF 9C-949/2010 del 5 luglio 2011, U 202/01 del 7 dicembre 2001; cfr. consid. 2.6), la differente valutazione dei medici curanti in punto alla residua esigibilità lavorativa è peraltro spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. STF 9C_949/2010 del 5 luglio 2011) e in ogni modo non è manifestamente suscettibile di modificare le conclusioni dell'amministrazione che si fondano, come detto, su un referto del SMR che risponde alle condizioni poste dalla giurisprudenza per conferirgli piena forza probatoria. Pertanto, alla luce di quanto sopra esposto, sulla base delle succitate affidabili e concludenti risultanze mediche che hanno permesso di vagliare accuratamente lo stato di

salute della ricorrente, richiamato inoltre l'obbligo che incombe all'assicurata di intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare alle conseguenze del discapito economico cagionato dal danno alla salute (DTF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 e i riferimenti ivi citati; Riemer■Kafka, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Friburgo 1999, pp. 57, 551 e 572), il TCA ritiene dimostrato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 126 V 360; 125 V 195 consid. 2 e i riferimenti ivi citati), che la situazione valetudinaria dell'interessata non ha subito un rilevante peggioramento rispetto alla decisione di attribuzione di una rendita per un periodo limitato del 12 giugno 2012, per cui a ragione l'Ufficio AI ha respinto la domanda di prestazioni. Infine, questo Tribunale ritiene che la refertazione medica agli atti contiene elementi chiari e sufficienti per valutare l'incapacità al guadagno dell'assicurata sino all'emanazione del querelato provvedimento, senza che si renda quindi necessario l'esperimento degli ulteriori accertamenti richiesti dalla ricorrente (audizione del dr. _____ e perizia psichiatrica, I). Al riguardo, va fatto presente che se l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduce l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori più non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (valutazione anticipata delle prove cfr. DTF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429 e riferimenti). Un tale modo di procedere non lede il diritto di essere sentito conformemente all'art. 29 cpv. 2 Cost. (SVR 2001 IV no. 10 p. 28 consid. 4b; riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 v Cost., cfr. DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c con riferimenti). Ne consegue la conferma della decisione contestata e la reiezione del gravame. 2.8. Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, in vigore dal 1° luglio 2006, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per fr. 500.-- sono poste a carico della ricorrente.

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