

TI_GERICHTE 32.2005.34 vom 1. September 2005

TI Tribunale d'appello, 2005-09-01, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2005.34

FR: TI_GERICHTE 32.2005.34 du 1 septembre 2005

IT: TI_GERICHTE 32.2005.34 del 1 settembre 2005

Regeste

nel caso in esame l'assicurato, titolare di una mezza rendita, non ha reso verosimile un rilevante peggioramento del suo status psichico, motivo per cui rettamente l'Ufficio AI non è entrato nel merito della domanda di revisione

Erwägungen

E. 1

LPGA). La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modificazione importante del grado d'invalidità o di grande invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi, o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modificazione del grado d'invalidità o della grande invalidità (art. 87 cpv. 2 OAI). Invece, se è stata inoltrata domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o d'incapacità dell'invalido a provvedere a sé stesso è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 3 OAI). Infine, prescrive l'art. 87 cpv. 4 OAI che, ove la rendita o l'assegno per grandi invalidi siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a sé stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto in quanto siano soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 3. Questa regolamentazione deve essere applicata anche quando, in precedenza, la rendita era stata rifiutata per assenza d'invalidità (RCC 1983 pag. 492 consid. 1c). La ratio dell'art. 87 cpv. 4 OAI è quella di impedire che l'amministrazione debba costantemente chinarsi su domande identiche e non motivate, quando la prestazione in causa è già stata rifiutata da una decisione cresciuta in giudicato (DTF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b con riferimenti). Per quanto riguarda i requisiti formali, in caso di revisione su domanda dell'assicurato, quest'ultimo deve rendere verosimile che il grado d'invalidità ha subito una modifica rilevante (art. 87 cpv. 3 OAI). Se tale condizione non è soddisfatta l'amministrazione non entra nel merito della domanda emanando una decisione in tal senso; se per contro è resa verosimile una rilevante modifica suscettibile di influenzare il diritto alla rendita l'amministrazione è obbligata ad entrare nel merito della richiesta (EVGE 1963 157 consid. 1; DTF 109 V 114 consid. 2b; ZAK 1983 398 consid. 1; SVR 2002 IV Nr. 26; Valterio, op. cit., pag. 270). In una recente sentenza, pubblicata in DTF 130 V 64, il TFA ha precisato che nel caso in cui l'assicurato non ha reso verosimile un rilevante cambiamento, il principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, non risulta essere applicabile. Solo se nella nuova domanda di rendita (rispettivamente domanda di revisione) l'assicurato non rende verosimile la rilevante mutazione, facendo tuttavia riferimento a mezzi di prova, segnatamente rapporti medici, non ancora prodotti o da richiedere dall'amministrazione, quest'ultima deve impartire all'interessato un termine per produrre il mezzo di prova in questione con l'avvertenza che

in caso contrario non entrerà nel merito della domanda (DTF 130 V 69 consid. 5.2.5). Se infine l'assicurato interpone ricorso alla decisione di non entrata in materia, il giudice esamina solo se l'amministrazione ha rifiutato di entrare in materia a buon diritto. Se invece essa ha accettato di esaminare la nuova richiesta, il giudice non si pronuncia sulla questione dell'entrata in materia, ma esamina materialmente se la modifica delle circostanze resa attendibile dall'assicurato è effettivamente avvenuta (RCC 1991 pag. 270 consid. 1a, 1983 pag. 389 consid. 2b). 2.6. Per esaminare materialmente una domanda di revisione di rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una notevole modificazione, tale da influire in modo diverso sulla perdita di guadagno. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto vista in astratto, ma piuttosto in rapporto all'art. 28 cpv. 1 LAI. Comunque una revisione della rendita è possibile unicamente se, da quando è stata resa la decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (RCC 1987, pag. 38, consid. 1a; STFA 29 aprile 1991 inedita nella causa G.C., consid. 4). In particolare si devono paragonare i fatti esistenti al momento della decisione precedente a quelli relativi all'istante della nuova decisione. Un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è dunque sufficiente (DTF 125 V 369 consid. 2, 109 V 265 consid. 4a, 105 V 30; Valterio, op. cit., p. 268; cfr. anche DTF 130 V 71). Tutto quanto riportato sopra riguardo alla nuova domanda nell'ambito delle rendite, come pure la procedura di revisione ex art. 41 LAI (ora art. 17 LPGa), vale anche, in via analogica, per quel che concerne le misure integrative (art. 8ss LAI) a patto che si tratti di prestazioni ricorrenti (Dauerleistungen) (DTF 105 V 73, 109 V 119, 113 V 22 consid. 3b; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurigo 1997, pag. 268). 2.7. Nel caso in esame, avendo l'UAI emanato una decisione di non entrata in materia, unico punto di giudizio è quello di sapere se l'amministrazione ha rifiutato a buon diritto di esaminare il merito della domanda di revisione. Nell'ambito della precedente decisione, RI 1 è stato peritato dal Servizio di accertamento medico dell'AI (in seguito: SAM), servizio che ha disposto tre valutazioni specialistiche esterne di natura psichiatria, reumatologica e neurologica. Riguardo alla valutazione medico-teorica globale della capacità lavorativa residua, dal relativo referto 22 marzo 2002 risulta che l'assicurato è stato ritenuto inabile nella misura del 50% - da intendersi quale ridotto rendimento e ridotto tempo di lavoro nell'arco di un'intera giornata lavorativa - a partire dal mese di febbraio 2000 (doc. AI 21). Con la domanda di revisione 2 luglio 2004 l'assicurato ha sostenuto un peggioramento della sintomatologia psichiatrica e prodotto la seguente documentazione medica: - rapporto 3 maggio 2004 dello psichiatra curante, dr. _____, al servizio medico delle FFS del seguente tenore: " Si tratta di un paziente inviatomi nel 2000 dal medico curante Dottor _____, a causa di diversi disturbi del sistema osseo articolare, dove però veniva percepita dal curante giustamente, una patologia psichiatrica probabilmente di tipo depressivo anche se al tempo era negata dall'interessato. Per questi disturbi il paziente era stato indagato prima dell'invio al sottoscritto sia dal neurologo il Dottor _____ che dal reumatologo il Dottor _____. Il paziente rappresenta un disturbo distimico dove qualsiasi attività piacevole nella vita ha perso ogni significato e motivazione. Il Signor RI 1 si considera un uomo stanco ed esaurito e non è più in grado di svolgere come in passato la sua precedente attività lavorativa. Inoltre esiste una lamentela su difficoltà d'affermazione sul posto di lavoro e di far valere le proprie ragioni che hanno determinato diverse volte problemi con colleghi e con i superiori. Il paziente ha ricevuto dal mese di novembre

dell'anno scorso una nuova terapia farmacologica basata su l'Efexor (150 mg) e lo Stilnox (10 mg alla notte). Al momento non vedo possibilità di una ripresa parziale di questo paziente che è già stato riconosciuto invalido al 50% da parte dell'assicurazione invalidità. A mio avviso è possibile che questo grado d'invalidità possa essere nel prossimo futuro rivalutato nel senso di un aumento. In conclusione : ritengo che il paziente presenta un disturbo distimico (ICD 10 F34.1) e seppure la prognosi è favorevole per quanto riguarda il disturbo dell'umore, ritengo che questa sia più riservata per quanto concerne la possibilità di una ripresa del lavoro a metà tempo." (Doc. AI 30) - rapporto 16 agosto 2004 del dr. _____: " Il paziente sta continuando il trattamento psico-farmacologico ambulatoriale con un anti-depressivo e un ipnotico per la notte (Efexor 150 mg, Stilnox 10 mg). Le condizioni del paziente non permettono di prevedere una ripresa parziale della capacità lavorativa già ridotta al 50% per malattia, mentre ritengo più opportuno prevedere un pensionamento totale del paziente per motivi di salute. In questo senso invio copia di questa lettera all'ufficio dell'assicurazione invalidità di Bellinzona, richiedente revisione del caso del Signor RI 1, per una rivalutazione ed un adeguamento dell'incapacità lavorativa." (Doc. AI 30) Con nota 24 agosto 2004 la dr.ssa _____ del SMR ha così valutato i due succitati atti medici: " Nell'ambito dell'istruttoria per rendita in occasione della prima richiesta, l'A. è stato sottoposto a perizia pluridisciplinare SAM del 22.3.2002 con approfondita esplorazione psichiatrica, reumatologica e neurologica. Predominante nella limitazione della capacità lavorativa risultava la patologia psichiatrica. Diagnosi psichiatrica: sindrome depressivo-ansiosa con importanti somatizzatine d'ansia, il paziente con disturbo di personalità con tratti di immaturità, anancasticità e isteroconvertivi: descritto sconforto depressivo con malessere, disagio, rabbia, rancore, vissuti di emarginazione, isolamento sociale, stanchezza, facile affaticamento, disturbi della memoria, dell'attenzione, della concentrazione, disposizione disfattista, pessimista, preoccupata, abbattuta ecc. vedi perizia. Il 50% per motivi psichiatrici. Terapia in corso con Nefadar 400 mg/di. A beneficio rendita grado 50% da 2/2001. Attuale richiesta di entrata in materia per revisione : La certificazione medica dell'abituale curante psichiatra Dr. _____ non porta nuove diagnosi: egli parla di disturbo distimico con perdita di interessi per le attività piacevoli della vita, stanchezza, lamentele su difficoltà d'affermazione sul posto di lavoro. La prognosi sarebbe favorevole per quanto riguarda il disturbo dell'umore. Terapia in corso con Efexor 150 mg. Quindi la descrizione dello stato psichico attuale non permette in nessun modo di poter affermare un peggioramento in confronto alla valutazione peritale del marzo 2002. Anche la terapia farmacologica non è stata potenziata. Quindi non ci sono i presupposti per entrare in merito alla richiesta di revisione." (Doc. AI 32) Di conseguenza, con la decisione contestata l'Ufficio AI non è entrato nel merito della domanda di revisione. 2.8. Allegato al ricorso l'assicurato ha presentato un nuovo rapporto, datato 2 novembre 2004, del dr. _____ avente il seguente tenore: " Diagnosi esatta : Il paziente presenta un disturbo distimico dove qualsiasi attività vissuta come piacevole nella vita ha perso significato e moderazione. Il Signor RI 1 da tempo si considera un uomo finito, stanco ed esaurito, non più in grado di svolgere come in passato la sua precedente attività lavorativa come postino. Inoltre esiste da lunghi anni una problematica di ambiente lavorativo legato a difficoltà di affermazione sul posto di lavoro, di far valere le proprie ragioni che hanno determinato in passato incomprensioni sia con i colleghi sia con i superiori. Terapia : Il paziente riceve da tempo una terapia farmacologica basata su Efexor 150 mg e Stilnox 10 mg. Il paziente già riconosciuto invalidità al 50% da parte dell'assicurazione AI ha avuto un nuovo peggioramento delle

condizioni di salute dalla fine dell'anno scorso legata anche alla problematica sul posto di lavoro. Già a suo tempo espressi l'opinione che il grado d'invalidità potesse essere nel futuro rivalutato nel senso peggiorativo. Come già espresso seppure la prognosi è favorevole per quanto riguarda i disturbi dell'umore ho sempre ritenuto riservata quella lavorativa ed attualmente la possibilità di recuperare l'attività lavorativa a metà tempo. Diagnosi : Disturbo distimico (ICD 10 F34.1). Terapia Attuale : Efexor 150 mg Stilnox 10 mg. In corso dal 07.11.2003. Incapacità lavorativa : Per il momento completa. Per quanto riguarda la prognosi per il futuro ritengo questa assolutamente sfavorevole." (Doc. C) Con nota 18 marzo 2005 il dr. _____, medico responsabile del SMR, ha preso posizione in merito a quanto prodotto dal ricorrente: " Il rapporto inviato dal curante dr. _____ al fiduciario Ass. _____, dr. _____ (02.11.04-doc. C) attesta sotto diagnosi esatta: - "il paziente lamenta un disturbo distimico dove qualsiasi attività vissuta come piacevole ha perso significato e moderazione. Il signor RI 1 da tempo si considera un uomo finito, stanco ed esaurito, non più in grado di svolgere come in passato la sua precedente attività lavorativa come postino. Esiste inoltre da lunghi anni una problematica di ambiente lavorativo..." Nel rapporto per l'AI del 08.08.2000 scriveva: - "si tratta a mio avviso di un paziente che lamenta un disturbo distimico con un esordio tardivo dove qualsiasi attività nella vita ha perso un significato piacevole e emozionale. L'interessato si ritiene un uomo stanco ed esaurito e non più in grado di svolgere come in precedenza la sua attività lavorativa, lamentando inoltre una difficoltà ad affermarsi sul posto di lavoro e far valere le proprie ragioni." Si nota che attualmente attesta peggioramento, ma dalla descrizione lo stato appare del tutto sovrapponibile a quanto certificato già nel lontano 2000. Per quanto riguarda la capacità lavorativa questa era allora attestata al 50% perché il soggetto lavorava in tale misura. Non si possono rilevare, dai documenti, anche i precedenti, che vi sia stata una variazione dello stato di salute." (Doc. III bis) 2.9. Dall'esame degli atti non risulta essere stata resa verosimile una modifica delle condizioni di salute, rispettivamente della capacità al guadagno dell'assicurato. Rispetto al 2002, momento della perizia SAM, lo status psichiatrico risulta essere rimasto invariato. A ragione nella nota 24 agosto 2004 la dr.ssa _____ ha infatti fatto presente come lo psichiatra curante non abbia evidenziato altre affezioni extra-somatiche rispetto a quelle già esaminate durante la perizia psichiatrica 30 gennaio 2002 eseguita dal dr. _____ per conto del SAM, il quale aveva diagnosticato una sindrome depressivo-ansiosa con importante somatizzazione d'ansia in paziente con disturbo misto di personalità, con importanti tratti di immaturità, di anancasticità e isteroconversi (doc. AI 21). Non va dimenticato che nello scritto 3 maggio 2004 il dr. _____, seppur non intravedendo una ripresa dell'attività lavorativa esercitata a tempo parziale, ha comunque evidenziato "una prognosi favorevole per quanto riguarda il disturbo dell'umore" (doc. AI 30). Inoltre, la circostanza che, come segnalato dalla succitata sanitaria del SMR, non vi è stato un potenziamento della terapia costituisce un ulteriore indizio per ammettere una stazionarietà della situazione psichiatrica. Va poi fatto presente che la sintomatologia descritta dallo psichiatra curante era stata già riscontrata nel rapporto 22 marzo 2002 del SAM in cui erano stati indicati i seguenti disturbi psichici: ridotta sopportabilità del dolore, ridotta resistenza allo sforzo fisico, aumentata affaticabilità, meccanismi di difesa e di diniego della propria vulnerabilità emotiva, ridotta tolleranza alla frustrazione con senso di rabbia, amarezza e delusione verso l'ambiente lavorativo, unitamente a negatività autoriferita con soprattutto imbarazzo e vergogna (doc. AI 30 pag. 13). Infine, nella nota 18 marzo 2005 il medico responsabile del SMR ha ben evidenziato come la descrizione dello status psichico riportata dal dr. _____ nel

rapporto

E. 2

novembre 2004 sia sovrapponibile a quanto indicato da quest'ultimo nel rapporto 8 agosto 2000 all'Ufficio AI (doc. AI 50). Pertanto, visto quanto sopra, a mente del TCA l'insorgente non ha reso verosimile una rilevante modifica del suo stato di salute psichico, motivo per cui la decisione di non entrata in materia non può che essere confermata.

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