

TI_GERICHTE 32.2007.192 vom 23. Mai 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-05-23, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2007.192

FR: TI_GERICHTE 32.2007.192 du 23 mai 2007

IT: TI_GERICHTE 32.2007.192 del 23 maggio 2007

Regeste

A ragione l'UAI non è entrato in materia sulla nuova rich.di prest.(domanda del 99 respinta). Dalla doc.medica e dagli accert.compiuti dal TCA risulta che le affez.pneumol.sono quelle già riscontrate in preced.Peggior.solo temporaneo,come dal lato neurol. Nemmeno dal profilo econ.modifica notevole

Erwägungen

E. 2

Aufl., Bern 1983, S. 272), indem nicht im Sinne eines «vollen Beweises» (ZAK 1971 S. 525 Erw. 2) die Überzeugung der Verwaltung begründet zu werden braucht, dass seit der letzten rechtskräftigen Entscheidung tatsächlich eine relevante Änderung eingetreten ist. Vielmehr genügt es, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Sachverhaltsänderung nicht erstellen lassen. Bei der Beurteilung der Frage, ob die Vorbringen der versicherten Person glaubhaft sind, wird die Verwaltung u.a. zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen (BGE 109 V 264 Erw. 3).“ (SVR 2002 IV Nr. 10 consid 1c/aa; vedi pure STF 9C_688/2007 del 22 gennaio 2008 e STF I 55/07 del 26 novembre 2007). Se l'assicurato non rende attendibile che la sua invalidità si è modificata in modo tale da influire sul diritto alla rendita, la nuova domanda è dichiarata irricevibile, nel senso che l'Ufficio AI emana una decisione di non entrata in materia (SVR 2002 IV Nr. 26; RCC 1991 pag. 270 consid. 1a; DTF 109 V 119 consid. 2b; Valterio, op. cit., pag. 270). Nella già citata sentenza pubblicata in DTF 130 V 67, il TFA ha precisato che se l'assicurato non rende verosimile un rilevante cambiamento, il principio inquisitorio, secondo cui i fatti rilevanti per il giudizio devono essere accertati d'ufficio dal giudice, non è applicabile. Soltanto 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). 2.4. Qualora l'assicurato renda attendibile la modifica

l'amministrazione deve entrare nel merito della nuova richiesta ed esaminare materialmente se la modifica è effettivamente intervenuta (RCC 1984 pag. 366 consid. 3, 1983 pag. 389 consid. 2b; Valterio, op.cit., pag. 270; Fonjallaz, Invalidité et révision des rentes d'invalidité, pag. 114). In quest'evenienza l'UAI deve procedere in modo analogo alla procedura applicabile in caso di revisione secondo l'art. 41 LAI (ora art. 17 LPG) (RCC 1992 pag. 98 consid. 3a). Se l'amministrazione constata che il grado di invalidità non si è modificato dalla precedente decisione cresciuta in giudicato, essa rigetta la nuova domanda. Nella circostanza opposta l'amministrazione esamina se la modifica intervenuta è tale da ammettere questa volta un'invalidità pensionabile ai sensi dell'art. 28 cpv. 1 LAI (RCC 1992 pag. 98 consid. 3a, 1983 pag. 492 consid. 1c, 1983 pag. 389 consid. 2b). 2.5. In modo analogo alla procedura di revisione, per esaminare materialmente una nuova richiesta 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 in causa G.C., Bellinzona, non pubblicata, 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 109 V 265 consid. 4a, 105 V 30; Valterio, op. cit., p. 268; cfr. anche DTF 130 V 71). 2.6. Nel caso in esame, avendo l'UAI emanato una decisione di non entrata in materia, il TCA è unicamente chiamato a stabilire se l'amministrazione ha correttamente oppure no rifiutato di esaminare il merito della richiesta. Al riguardo questa Corte constata innanzitutto che sia nella richiesta di prestazioni dal 1999 che in quella del 2007 l'assicurato ha indicato, quale danno alla salute, una bronchite cronica e asma risalente al 1996. Nella perizia medica pneumologica, dal 16 luglio 2001 il _____, specialista FMH in medicina interna e malattie polmonari, ha posto le seguente diagnosi: " (...) 1. Broncopatia cronico-ostruttiva di lieve entità - componente asmatica anamnestica - tabagismo cronico (50 p/y) persistente 2. Rinopatia cronica con sindrome discendente - raucedine cronica - tosse

E. 3

Dolori osteomuscolari diffusi (estremità superiori, inferiori, dorsalgie) 4. Cefalee tensionali. (...)" (Doc. AI 20-5) Egli ha poi espresso la seguente valutazione e prognosi: " (...) 5. VALUTAZIONE E PROGNOSE: Considerando i dati oggettivi delle precedenti valutazioni pneumologiche, il decorso soggettivo, il reperto clinico e radiologico nonché i risultati dell'attuale esame di funzionalità respiratoria, dell'emogasanalisi a riposo e sotto sforzo cosiccome della capacità di diffusione del monossido di carbonio, è lecito porre la diagnosi di broncopatia cronica ostruttiva asmatiforme di lieve entità (la componente asmatica non ha potuto essere oggettivata in questa valutazione). La normalizzazione sotto sforzo della leggera ipossiemia a riposo indica la presenza di un'aumentata inomogeneità di ventilazione/perfusione, indice, unitamente alla lieve ostruzione bronchiale presente, di un iniziale danno polmonare radiologicamente non ancora oggettivabile, se non sotto forma di un ispessimento della parete bronchiale fluttuante (peribronchite). L'eziologia di questa problematica è senz'altro l'importante tabagismo persistente; il valore elevato della carbossemoglobina Indica un abuso nicotinic presente di almeno 20 sigarette al giorno,

reperto che contrasta con le dichiarazioni dell'assicurato (1-2 sigarette al giorno). Tale consumo, attraverso un'infiammazione della mucosa bronchiale porta ad una ipersecrezione delle ghiandole mucose aumentando la quantità di espettorato. Questo può avvenire anche a livello della sfera ORL causando una rinopatia cronica con sindrome discendente, patologia che da un lato intrattiene una tosse irritativa (su base faringitica), dall'altro contribuisce ad aumentare la quantità di espettorato, ad intrattenere l'infiammazione bronchiale e può causare una raucedine cronica. In questo paziente, vista la tecnica inalatoria inadeguata con sistema dosier-aerosol (DA) senza "spacer", è possibile anche un effetto collaterale degli steroidi topici. L'esposizione a sostanze come vapori di nafta, di catrame e/o asfalto nonché gas di scarico di autoveicoli leggeri e pesanti contribuisce a mantenere una irritazione delle mucose del tratto respiratorio. Fra i sintomi soggettivi (dispnea al minimo sforzo) ed i reperti oggettivi è comunque presente una netta discrepanza; infatti l'assicurato è in grado di sostenere uno sforzo submassimale alla spiroergometria senza problemi, in presenza di un consumo di ossigeno massimale (VO₂max) più che normale. Questo indica che dal lato pneumologico, sebbene siano presenti i primi segni di un danno polmonare, non sussiste ancora una limitazione oggettiva funzionale della prestanza fisica. Di conseguenza, tenuto conto dei valori dell'esame di funzionalità respiratoria e del risultato della spiroergometria, sussiste un'invalidità medico-teorica polmonare (IMT) pari al massimo al 20%, ciò che corrisponde al grado 0 secondo la scala ATS. A livello prognostico, un arresto della progressione della pneumopatia ostruttiva è possibile in primo luogo sospendendo completamente l'abuso nicotino, in secondo luogo attuando nel limi e del possibile una profilassi di esposizione ad inalazioni ambientali di tipo organico ed inorganico. (...)" (Doc. AI 20-6+7) Infine il dottor _____ ha così valutato le conseguenze del danno alla salute sulla capacità di lavoro: " (...) 1. Menomazioni (qualitative e quantitative) dovute ai disturbi constatati Dal punto di vista fisico l'assicurato presenta un'iniziale danno polmonare riferibile al forte tabagismo, che però non spiega l'entità della dispnea allo sforzo lamentata. La spiroergometria evidenzia chiaramente la possibilità di sostenere sforzi almeno submassimali senza problemi dal punto di vista cardiopolmonare. 2. Conseguenze dei disturbi sull'attività attuale Come si ripercuotono i disturbi sull'attività attuale dell'assicurato? Esatta descrizione delle funzioni Intatte e della capacità di carico? L'attività attuale è ancora praticabile? Se sì in quale misura (ore al giorno)? È presente Inoltre una diminuzione della capacità di lavoro? Se sì in che misura? Da quando esiste una limitazione della capacità di lavoro dal lato medico di almeno il 20%? Qual è stato in seguito lo sviluppo della limitazione della capacità di lavoro? Soggettivamente l'assicurato si sente molto limitato dalla dispnea da sforzo, che però obiettivamente non può essere dimostrata. Dal punto di vista polmonare il paziente può sicuramente sostenere sforzi di intensità mediopesante senza problemi. L'attività di manovale è ancora proponibile nella misura del 100% (8-9 ore al giorno). Dal punto di vista pneumologico, in base al risultato degli esami eseguiti, sussiste attualmente al massimo un'inabilità medico-teorica del 20% (grado 0 secondo la scala ATS). Considerando le valutazioni pneumologiche precedenti si può affermare che tale incapacità sussiste retrospettivamente all'incirca dal 6/2000. Il decorso fino a tuttoggi è da considerarsi invariato. Un fattore che però potrebbe influenzare negativamente la capacità di lavoro, che in questa sede non viene peritato, è la presenza di una sindrome algica osteomuscolare diffusa (estremità inferiori, superiori, dorsalgie) a manifestazione intermittente, che a mio avviso necessiterebbe di una valutazione reumatologica. (...)" (Doc. AI 20-7) Nella sua decisione del 15 giugno 2004 l'UAI ha fissato al 28% il grado di invalidità dell'assicurato prendendo in considerazione una capacità

lavorativa residua dell'80% in attività leggere adeguate in considerazione del danno alla salute a livello pneumologico (a questo livello il dottor _____ ha stabilito peraltro un'incapacità lavorativa del 20 % "al massimo") e a livello psichico. Il 27 marzo 2007 il medico curante dottor _____, specialista FMH in chirurgia ha allestito un certificato medico del seguente tenore: " (...) Il paziente summenzionato da diversi anni presenta una bronchite asmatiche con difficoltà respiratorie, per cui non può riprendere il lavoro." (Doc. AI 53-1) Il 22 dicembre 2006, il Primario di medicina dell'Ospedale _____ di _____, Prof. dr. med. _____, il capo-clinica, la dr.ssa _____ e l'assistente dr. med. _____, hanno allestito un rapporto relativo alla degenza dell'assicurato nel Dipartimento di medicina interna dal 23 settembre al 6 ottobre 2006, nel quale hanno posto le seguenti diagnosi: " (...) DIAGNOSI 1. Malattia del legionario con/su: - polmonite basale sinistra; - sospetta encefalopatia con sintomatologia extrapiramidale, DD effetto collaterale medicamentoso (su Primperan), sindrome cerebellare con disartria, dismetria, atassia e disturbi dell'equilibrio, sintomatologia delirante con stato confusionale e tendenza alla fuga; - epatopatia citolitica e colestatica transitoria; - trombocitopenia transitoria; - anemia normocitara normocronica. 2. Sospetta bronchite cronica con/su: - tosse cronica; - tabagismo cronico attivo." (Doc. AI 57-1) In quell'occasione i medici hanno sviluppato in particolare le seguenti considerazioni: " (...) In data 2.10.06 è stata eseguita una RM cerebrale che ha messo in evidenza l'assenza di lesioni ischemiche o emorragiche cerebrali o di processi espansivi e la presenza di alterazioni del segnale nella sostanza bianca in sede sottocorticale a livello parietale a sinistra compatibile in prima ipotesi con una zona di ciosi (recte: gliosi). Dal lato polmonare abbiamo adattato la terapia antibiotica abbassando il dosaggio del Rimactan mantenendo il dosaggio di Tavanic immutato, terapia che il paziente dovrà eseguire anche a domicilio per un totale di 3 settimane di antibioterapia fino al 15.10.06 compreso. Alla radiografia del torace di controllo è stata osservata la riduzione delle consolidazioni del lobo inferiore sinistro in sede retrocardiaca con iniziale regressione delle dimensioni della proiezione antero-posteriore. Da segnalare un piccolo versamento pleurico a destra. Nell'ulteriore decorso osserviamo un miglioramento dal punto di vista clinico e anche agli esami di laboratorio si nota una netta diminuzione dei parametri biochimici dell'infiammazione che troviamo alla dimissione quasi nei limiti della norma. Consigliamo una visita pneumologica ed una radiografia del torace di controllo tra 6 settimane. Ci siamo permessi di fissare un appuntamento presso il nostro consulente pneumologo Dr. _____ per metà novembre. (...)" (Doc. AI 57-3) Al riguardo il 23 aprile 2007 il dottor _____ del SMR, medico generico (sul diritto per gli assicurati di conoscere la specializzazione dei medici del SMR, cfr. SVR 2008 IV Nr. 13), si è così espresso: " Con le annotazioni del 10.04.07 si reputava insufficiente il certificato medico prodotto per un'entrata in merito, in seguito al nostro progetto di decisione viene inoltrato un nuovo documento consistente in una lettera di dimissione datata precedentemente al citato certificato oggetto della nostra decisione. Da questo rapporto di degenza si apprende che l'assicurato è stato degente presso l'ospedale _____ di _____ dal 23.09.06 al 06.10.06 per un polmonite basale sinistra con un corollario sintomatologico rientrato alla dimissione ed un quadro clinico che rientra nella tipologia di quello fin qui valutato da parte dell'AI. In sostanza si tratta di una segnalazione di danno alla salute temporaneo di tipo riacutizzato sovrapponibile a quanto fin qui oggetto di valutazione da parte SMR, alla luce dell'attuale segnalazione non vi sono nuovi elementi o di diverso tipo in grado di modificare le decisioni fin qui prese. Non vi sono, quindi, le condizioni per una entrata in materia." (Doc. AI 59-1) In sede ricorsuale l'assicurato ha

prodotto un certificato medico del dottor _____, del seguente tenore: " Certifico che il paziente summenzionato soffre di una bronchite asmatiforme con difficoltà respiratorie, sospetta encefalopatia con sintomatologia extrapiramidale ed una epatopatia citolitica. Viste le condizioni di salute dell'interessato a mio parere non può svolgere attività lavorative pesanti e dovrà mantenersi costantemente sotto cura medica e svolgere attività leggere." (Doc. B) Rispondendo ad una richiesta del TCA, in particolare riguardo all'affezione a livello neurologico, il dottor _____, specialista FMH in medicina generale del SMR, ha sottolineato quanto segue: " (...) La documentazione presentata nell'ambito della nuova richiesta AI non evidenzia una modifica prolungata dello stato di salute rispetto allo stato presente al momento della decisione UAI del 2004. In particolare non vi è nessun elemento che possa far supporre un peggioramento della funzionalità polmonare. Per quanto concerne la problematica neurologica osservata in occasione della degenza in settembre 2006 va precisato che si è trattato d'una complicazione della polmonite a legionella, complicazione regredita completamente nel corso della degenza (vedi ultima frase pagina 2 del rapporto d'uscita). Stesso vale per le altre problematiche osservate in occasione della degenza quale epatopatia ecc., tutti problemi accompagnatori della infezione acuta. Il dr. _____ nel suo certificato del 19.7.2007 riprende in pratica in modo acritico le diagnosi del rapporto d'uscita anche se si tratta di diagnosi non più attive. In conclusione confermo l'assenza di una documentata modifica sostanziale dello stato di salute dell'assicurato con influsso prolungato sulla capacità lavorativa residua rispetto al 2004." (Doc. XII/bis) Il TFA, in una sentenza I 938/05 del 24 agosto 2006, si è espresso sul valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante e il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " (...)

E. 3.2

L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel. (...)" (consid. 3.2) Alla luce della documentazione medica contenuta nell'incarto e dell'esito degli accertamenti compiuti, questo Tribunale ritiene che, a ragione, l'UAI non è entrato nel merito dalla nuova domanda di prestazioni inoltrata dall'assicurato. Infatti, da una parte, le affezioni a livello pneumologico, sono quelle già riscontrate in precedenza, e come rilevato dal SMR, nell'autunno 2006 è subentrato un peggioramento soltanto temporaneo. D'altra parte anche la problematica a livello neurologico è stata soltanto di carattere temporaneo, quale conseguenza della polmonite a legionella. Infine, per quel che riguarda le conseguenze sulla capacità di guadagno, lo stesso medico curante ha attestato che

l'assicurato è abile al lavoro in attività leggere. Ora, come visto (cfr. consid. 1.1) in occasione della precedente domanda, il grado d'invalidità era stato fissato al 28% prendendo in considerazione una capacità lavorativa dell'80 % in attività leggere adeguate. Non essendo stata resa verosimile una notevole modifica nelle condizioni di salute e/o economiche dell'assicurato, secondo questo Tribunale, giustamente l'UAI non è entrato nel merito della nuova richiesta di prestazioni. 2.7. 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 fr. 200.-- e 1'000.-- franchi in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi fr. 200.-- sono poste a carico dell'assicurato.

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