

TI_GERICHTE 32.2015.153 vom 21. September 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-09-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.153

FR: TI_GERICHTE 32.2015.153 du 21 septembre 2015

IT: TI_GERICHTE 32.2015.153 del 21 settembre 2015

Regeste

Nuova domanda di prestazioni AI. Decisione di non entrata in materia impugnata dinanzi a TCA. Modifica della situazione invalidante non resa verosimile in ambito di procedura amministrativa. Ricorso respinto

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 LOG (STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015, 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011, 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011, 9C_792/2007 del 7 novembre 2008); Nel merito 2.2 Oggetto del contendere è sapere se a ragione l'Ufficio AI non è entrato nel merito della nuova domanda di prestazioni presentata dall'assicurata nel giugno 2015, dopo che le era stato riconosciuto il diritto ad una ½ rendita da luglio a ottobre 2011. 2.3 Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado di invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 3 e 4 OAI). Il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA; dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF), nella DTF 133 V 263, chiamato a pronunciarsi nel caso di nuova domanda presentata dopo l'assegnazione retroattiva di una rendita limitata nel tempo, ha precisato la propria giurisprudenza e stabilito che in una tale evenienza la nuova domanda deve rispettare i requisiti posti dall'art. 87 cpv. 3 e 4 OAI. Scopo di questo requisito è quello 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 precedente decisione cresciuta in giudicato (DTF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b con riferimenti). 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 (DTF 130 V 64 consid. 3, 117 V 198 consid. 4b, 109 V 108 consid. 2b; SVR 2002 IV Nr. 10; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, Universitätsverlag Freiburg Schweiz, 2003, pp. 84-86). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e in particolare verificare se la modifica del grado di invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPG, 41 vLAI, art. 87ss. OAI; VSI 1999 pag. 8; Rüedi, Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrentenrevisionen, in Schaffhauser/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Uni St. Gallen, 1999, pag. 15; DTF 117 V 198). 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). Infine, se l'assicurato interpone ricorso contro la decisione di non entrata in materia, il giudice esamina solo se a buon diritto l'amministrazione ha rifiutato di entrare in materia. 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 (SVR 2002 IV Nr. 10 consid. 1b; DTF 116 V 265 consid. 2a; RCC 1991 pag. 269 consid. 1a). La giurisprudenza sopra menzionata va applicata anche dopo l'entrata in vigore della LPGA il 1° gennaio 2003 e il nuovo tenore dell'art. 87 OAI valido dal 1° marzo 2004 (STF I 630/06 del 20 giugno 2007, consid. 3 con riferimenti; DTF 130 V 343 consid. 3.5). 2.4 Nell'ambito dell'art. 87 cpv. 3 e 4 OAI è sufficiente rendere verosimile un rilevante cambiamento e non è richiesta la prova della verosimiglianza preponderante valida nell'ambito delle assicurazioni sociali. Non è necessario portare la prova piena per convincere l'amministrazione che è subentrato un rilevante cambiamento rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato. È tuttavia sufficiente che in tal senso vi siano indizi per una simile modifica, anche se permane la possibilità che un'analisi approfondita dimostri che questo cambiamento in realtà non è subentrato (STF 8C_716/2011 del 5 gennaio 2012 consid. 2.2 e 2.3 e la giurisprudenza ivi citata; SVR 2002 IV Nr. 10 consid. 1c/aa con riferimenti, vedi pure STF 9C_688/2007 del 22 gennaio 2008 e STF I 55/07 del 26 novembre 2007). Più la precedente decisione è distante nel tempo, meno esigenze sono poste alla verosimiglianza ex art. 87 cpv. 3 e 4 OAI del rilevante cambiamento ("... Aus dem Normzweck ergibt sich, dass die Verwaltung u.a. zu berücksichtigen hat, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen sind (BGE 109 V 114 Erw. 2b, 123 Erw. 3b und 264 Erw. 3, je mit Hinweisen)(...) ", riportato nella STFA I 619/04 del 10 febbraio 2005, consid. 3). 2.5 Nel caso in esame, l'assicurata, come accennato, sostiene essere intervenuta una rilevante modifica del suo stato di salute e ciò con riferimento ai rapporti medici menzionati al considerando 2.3. In occasione della decisione di attribuzione di rendita dell'aprile 2013 l'Ufficio AI si era basato sulla valutazione peritale reumatologica del dr. _____ (resa per conto dell'assicuratore malattia collettiva) e della perizia psichiatrica eseguita dal dr. _____. Nel primo referto peritale citato si legge in particolare che: " (...) A. Dati clinici 1 Anamnesi Anamnesi familiare Originaria della _____, la peritanda è la quinta in ordine di anzianità di 9 figli di cui 6 femmine e 3 maschi. Di essi 4 sorelle vivono in Ticino, una sorella e i 3 fratelli risiedono in _____. I genitori sono entrambi viventi e residenti in _____ dal 1991 anno in cui vi si sono trasferiti come richiedenti d'asilo politico in quanto in patria sarebbero stati perseguitati a causa della loro religione cristiano-ortodossa. Sono entrambi in pensione ma in patria il padre, attualmente 75enne, sarebbe stato attivo come contadino e commerciante. La madre, che ha 73 anni, avrebbe svolto le mansioni di casalinga. Non riporta carichi psichiatrici nei famigliari e nel gentilizio. Anamnesi sociale e

lavorativa Descrive la propria famiglia come molto unita e malgrado l'ambiente ostile a causa del proprio credo religioso avrebbe trascorso un'infanzia serena. Frequenta solo le elementari ed abbandona poi la scolarità per aiutare in famiglia sia nei lavori domestici che in quelli dei campi. Nel 1984 si trasferisce in Ticino dove già risiedevano due delle sorelle e nel 1985 è assunta come ausiliaria di pulizie al 100% presso la _____ di _____ dove si occupa della pulizia dei vari ambienti e di lavori di cucina e lavanderia. Nel 1989 sposa un connazionale da cui ha 2 figli maschi attualmente di 18 e 20 anni. Riporta una relazione coniugale e familiare serena e funzionale. Dopo la nascita del secondo figlio nel 1993 ha ridotto il grado di attivazione lavorativa al 70%. Lavora senza particolari problemi fino a marzo 2010 quando scendendo dalle scale di casa scivola e cade sulla regione gluteale destra. Da allora comincia a lamentare frequenti disturbi fisiatrici per i quali è inizialmente posta in infortunio al 100%. A luglio 2010 prova a ricominciare a lavorare al 50% ma a causa del riproporsi di limai algici e funzionali, ad ottobre deve nuovamente interrompere l'attività. A gennaio 2011 avanza la richiesta di prestazioni AI e a febbraio ritenta l'attività lavorativa al 50% ma per il riacutizzarsi dei problemi fisiatrici ad aprile 2011 ha nuovamente interrotto l'impegno lavorativo. Anamnesi clinica Sin da met degli anni '90 le avrebbero diagnosticato una discopatia C5/C6, con sindrome cervico-brachiale e a metà degli anni 2000 avrebbe cominciato a lamentare saltuari dolori lombari ma che non avrebbero richiesto cure mediche o interruzioni lavorative. A marzo 2010 nello scendere dalle scale di casa scivola e cade sulla regione gluteale destra. Nel tentativo di aggrapparsi al corrimano subisce una rotazione del corpo ed avverte uno strappo nella regione lombare. Comincia a lamentare forti dolori per il perdurare dei quali il curante la invia al reumatologo Dr. _____ che dopo indagini strumentali esclude lesioni traumatiche evidenziando invece alterazioni degenerative. Dopo pochi mesi insiste perché la propria assistita riprenda a lavorare ma dopo il tentativo fallimentare con interruzione nel mese di ottobre per il perdurare della sintomatologia algica, in un proprio rapporto all'AI di febbraio 2011 avanza l'ipotesi diagnostica di una possibile origine in parte psicogena dei disturbi lamentati della peritanda. A marzo 2011 è sottoposta a valutazione fiduciaria dal Dr. _____ di _____, specialista in medicina infortunistica che conclude per una completa abilità al lavoro malgrado la persistenza di dolori in sede lombosacrale e toracale irradiantesi verso i seni e le spalle ma che lo specialista non mette in relazione con l'incidente del mese di marzo 2010. Va peraltro detto che a giugno 2010 la peritanda è stata sottoposta presso la Clinica _____ a colecistectomia per colelitiasi e a perforazione di cisti ovaries a sinistra. Ad ottobre 2010 è stata vista in consulenza ORL dal Dr. _____ di _____ per presenza di acufene prevalentemente all'orecchio destro e da marzo 2011 è in cura con il Dr. _____, responsabile del Centro del dolore dell'Ospedale _____ di _____ che avrebbe consigliato l'assunzione di un antidepressivo per innalzare la soglia del dolore. Antidepressivi, di cui non ricorda il nome, le avrebbe consigliato anche il medico curante, ma che avrebbe assunto solo per poco tempo a causa di effetti collaterali mal sopportati. Il morale sarebbe condizionato dall'andamento dei dolori fisiatrici che quando sono più intensi la rendono più avvilita e triste, malgrado ciò si sforzerebbe di non lasciarsi condizionare la vita dal dolore e ritiene pertanto di non necessitare di alcun sostegno psichiatrico. Si rammarica invece molto per non riuscire a continuare a svolgere il proprio lavoro, che malgrado faticoso le piace anche perché esercitato in un ambiente che descrive come adeguato e comprensivo sia nei rapporti con le colleghe che con la direzione del _____. Lamenta tuttora dolore su tutto il dorso, al torace, in regione cervicale ed in regione lombare esteso alla gamba destra. Tale

sintomatologia e accentuata dagli sforzi fisici ed aumenta nella posizione seduta o se cammina a lungo. Afferma inoltre che la sintomatologia algica risentirebbe positivamente, seppure transitoriamente, dai farmaci come il Dafalgan, il Tilur ed il Mydocalm che assume e dalle sedute di fisioterapia purché non intensive, nel qual caso tende a stancarsi. 2

Dati soggettivi dell'assicurato Lamenta costanti dolori al petto, al dorso, in regione cervicale e lombare con estensione alla gamba destra. Tale sintomatologia aumenterebbe con la sollecitazione funzionale ma risentirebbe positivamente, seppure transitoriamente, dai farmaci analgesici e dalla fisioterapia. Quando i dolori fisiatrici sono più intensi si sente più demoralizzata e triste ma si sforza di non lasciarsi condizionare la vita per questo malgrado le difficoltà nello svolgimento delle faccende domestiche più impegnative che lascerebbe al marito o alla sorella. Frequenta regolarmente conoscenti e famigliari ma si rammarica per avere dovuto interrompere l'attività lavorativa, perché le piace, si trova bene con le colleghe e si sente apprezzata dalla direzione del nosocomio. 3

Constatazioni obiettive Arriva al colloquio accompagnata da uno dei figli che non assiste all'intervista. Si presenta come una persona dall'aspetto corrispondente all'età anagrafica. È sufficientemente curata nell'abbigliamento e nell'igiene personale. L'andatura è normale ma preferisce restare in piedi per tutta la durata del colloquio lamentando dolore in regione lombare nella posizione seduta. La gestualità degli arti superiori è nella norma. Si mostra collaborante nell'atteggiamento, contenuta nei modi, cooperativa e rispettosa. La mimica appare consona all'aspetto emotivo dal quale traspare inizialmente una lieve ansietà, tuttavia si mostra adeguata nelle risposte emozionali. È orientata nelle coordinate spazio-temporali. Il tono dell'umore non presenta una flessione significativa verso il polo depressivo. L'eloquio è chiaro e comprensibile, caratterizzato da una terminologia corretta ed appropriata indicativa di una adeguata padronanza della lingua italiana, ma a tratti è prolisso ed eccessivamente dettagliato. L'ideazione è formalmente adeguata e coerente nei contenuti in cui dominano tematiche relative ai propri disturbi fisiatrici e alle conseguenze in ambito lavorativo da essi derivanti. Non si evidenziano elementi deponenti per un processo psicotico in atto come allucinazioni o idee deliranti. Le capacità di attenzione e concentrazione, come pure le facoltà mnemoniche risultano esercitate. Appare dotata di buona intelligenza e con personalità differenziata e manifesta un esame di realtà sostanzialmente intatto, senza tendenze regressive e con un livello di consapevolezza adeguato. Evidenzia un buon controllo degli impulsi ed è dotata di sufficiente autostima. 4

Diagnosi 4.1 Diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro. Esistenti da quando? - Sindrome da disadattamento con tratti depressivi (ICD10 F43.21) da stress prolungato nel contesto di una condizione medica generale Esistente da ottobre 2010 - Sindrome lombospondilogeno con trauma diretto a marzo 2010 - Sindrome cervicospondilogeno Esistente da anni 5

Valutazione e prognosi Si tratta di una 45enne di origine turca che nel 1984 arriva in Ticino e l'anno successivo comincia a lavorare come ausiliaria di pulizie presso la _____ di _____ dove trova un ambiente di lavoro accogliente, si impegna e ne viene gratificata. Lavora senza particolari problemi fino a marzo 2010 quando rimane coinvolta in un incidente scivolando sulle scale di casa. Nel tentativo di aggrapparsi al corrimano subisce una rotazione del corpo e sente uno strappo in regione lombare. Comincia a lamentare dolore in regione lombare ed alla gamba destra che nel corso dei mesi successivi si estendono ad interessare altri distretti muscoloscheletrici per i quali è costretta ad interrompere l'attività lavorativa e ricorre alle cure del reumatologo Dr. _____. Lo specialista dopo indagini strumentali esclude lesioni traumatiche evidenziando invece alterazioni degenerative ed insiste perché la propria assistita ricominci a lavorare. A luglio

2010 la peritanda riprende a lavorare al 50% ma a ottobre 2010 deve fermarsi di nuovo per riacutizzazione della sintomatologia algica fisiatica per la quale lo stesso reumatologo in un proprio rapporto all'AI di febbraio 2011 evoca una origine in parte psicogena. L'esito negativo delle cure cui si sottopone inevitabilmente finisce per interferire con l'adeguatezza psicologica della peritanda con sviluppo di una reazione ad impronta depressiva la cui psicopatogenesi oltre che alla sintomatologia algica e ai limiti funzionali conseguenti va fatta risalire al danno che tali limiti comportano all'immagine che la peritanda ha del proprio ruolo sociale. Si tratta cioè di una persona che nel corso della propria vita lavorativa è sempre stata gratificata da un andamento professionale sicuramente realizzante e pertanto il fattore stressante della malattia somatica ha finito per intaccare la sua integrità psichica portandola all'esordio di una deflessione timica che 8 tuttavia apparsa di modesta entità. Ovviamente durante le fasi di maggiore patimento algico anche la timia ne esce compromessa, tuttavia la peritanda appare dotata di sufficienti risorse mente e capacità reattive tali da non lasciarsi andare in comportamenti regressivi. Riguardo alla possibile origine in parte psicogena dei disturbi fisiatrici evocata dal Dr. _____, non appare una teoria condivisibile e questo perché il dolore di natura psicogena non migliora e non peggiora e non risente da influenze situazionali o terapeutiche come invece sembra avvenire nel caso della peritanda. In conclusione quanto attualmente obiettivato sul piano psichico evidenzia una condizione di deflessione timica di lieve entità, che non appare derivare direttamente dal danno fisico subito a marzo 2010 ma in buona parte dai limiti che le impediscono di continuare ad esercitare l'attività esercitata e di beneficiare delle gratificazioni personali ad essa conseguenti. È pertanto quantificabile una limitazione, per esclusive cause psichiche, della funzionalità lucrativa non superiore al 20%. B. Conseguenze sulla capacità di lavoro Le menomazioni qualitative e quantitative a livello psicologico e mentale sono conseguenti alla lieve condizione depressiva insorta nell'ambito di una sindrome da disadattamento. Tale condizione determina una incapacità lavorativa in misura non superiore al 20% ed il suo esordio può farsi risalire ad ottobre 2010 conseguentemente al fallimento del primo tentativo di ripresa lavorativa. Va peraltro precisato che tale grado di inabilità per motivi psichici non è addizionale a quello eventuale per cause internistiche e va inteso nell'ambito di una occupazione lucrativa esercitata in percentuale completa. Nell'attività di casalinga e sempre per esclusive cause psichiche non ci sono invece limitazioni. C. Conseguenze sulla capacità d'integrazione Per esclusive cause psichiche non si ravvisano controindicazioni all'adozione di provvedimenti di integrazione professionale." (doc. AI 53/3-7) La valutazione peritale psichiatrica ha invece permesso di accertare che: " (...) 2.- DATI SOGGETTIVI DELL'ASSICURATA La paziente lamenta dolori in particolare toracali con irradiazioni nella cassa toracica fino sotto i seni, sofferenza presente in particolare da seduta o sdraiata sulla schiena con a volte una sensazione di mancanza di respiro e con un peggioramento dei sintomi al colpo di tosse o facendo sforzi fisici anche solo moderati (cucinare in casa). Segnala irradiazioni della sintomatologia nella regione cervicale e nel cinto scapolare, anche essi risentiti in particolare in posizioni statiche ed accompagnati da una mancanza di forza nelle braccia con fatica ad alzare pesi. Al livello lombare vi sono dolori continui accompagnati a volte da "scosse" risentiti nella gamba destra (fascia dorsolaterale fino alla caviglia), questi ultimi presenti in particolare in piedi. Lamenta inoltre dolori alle ginocchia con prevalenza a destra, specialmente camminando (scendere scale). Oltre a ciò soffre di una testa pesante con frequenti cefalee, di nausea e di un'importante insonnia. Le limitazioni principali per svolgere un'attività lucrativa sono secondo lei l'impossibilità di stare seduta (dolori al petto)

ed in piedi (dolori lombari) per più di 10 minuti circa, l'impossibilità di svolgere lavori manuali leggeri o medio-pesanti e l'obbligo di doversi sdraiare ripetutamente sull'arco della giornata per avere un po' di sollievo. Si ritiene inabile per qualsiasi attività lucrativa. La cura consiste nell'assunzione di Dafalgan 1 g (2-3 pastiglie al giorno) ed a periodi di Tilur ret./Mydocalm, assunti per una decina di giorni. A ciò ha aggiunto anche l'Olflex Plus, un condroprotettivo. Segue sedute di fisioterapia (attualmente ginnastica in piscina, palestra _____).

3.- **CONSTATAZIONI OBIETTIVE 3.1.** Stato generale Paziente 45enne in condizioni generali buone, altezza 158 cm, peso 64 kg, di costituzione atletica. Integumento s.p. Cicatrice calma in stato dopa laparotomia (1991). Assenza di linfadenopatie. Auscultazione cardiopolmonare s.p. PA 125/85 mmHg, polso regolare. Circolazione arteriosa periferica s.p. Nessuna organomegalia addominale palpabile. 3.2. Stato reumatologico Colonna vertebrale: appiattita la cifosi toracale con iperlordosi allungata in zona lombare. Non visibili deviazioni scoliotiche. Bacino orizzontale. Mobilità vertebrale: cervicale libera con la segnalazione di dolori a fine corsa nei movimenti rotatori (da posizione neutrale e da estensione bilateralmente); toracale limitata in estensione -1/3, con la segnalazione di dolori toracolombari; lombare in estensione -2/3, lateroflessione bilateralmente -1/3 e flessione -1/5, movimenti accompagnati da dolori lombosacrali (specialmente estensione). Dolente la palpazione interspinale lungo tutto il rachide ad eccezione della cerniera lombo-sacrale (L5/S1); nessun ipertono significativo della muscolatura paravertebrale, dolente al livello della nuca (zona di irritazione C5 a sinistra) e gluteale (tendinosi nel gluteo medio bilateralmente). Dolori anche alla palpazione della gabbia toracica ed in particolare delle articolazioni costosternali (II a V bilateralmente) e dell'apice dello sterno. Insufficienza del portamento con netto indebolimento degli addominali (++). Ischiocrurali s.p. Mennell, Lasègue, Trendelenburg e Duchenne negativi. Pseudolasègue bilateralmente positivo a 70° con dolori toracolombari. Distanza dita/pavimento 20 cm con la segnalazione di dolori lombari. Deambulazione armoniosa, stare sulle punte e sui talloni s.p. Articolazioni periferiche: arti superiori: mobilità passiva delle articolazioni s.p. con dolori in telefase dell'elevazione di entrambe le spalle dove la paziente segnala anche disturbi nelle prove isometriche, in posizione neutrale localizzati alle spalle, in abduzione localizzati al passaggio toracolombare; test ben tenute, senza cedimento ma con complessivamente sviluppo di poca forza. Dolente la palpazione del processo coracoideo della spalla destra con dolori irradianti nel petto. Pure dolorosa l'inserzione del deltoide nell'omero e l'epicondilo laterale bilateralmente. Gänslén negativo. Gripping a destra 40, a sinistre 60 mmHg (esaminatore 140). Arti inferiori: mobilità passiva delle articolazioni s.p. Flessione massimale delle anche con provocazione di dolori lombari. Segno del 4 bilateralmente 25 cm. Stative regolare. Circonferenze delle cosce e dei polpacci simmetriche. Dolente la palpazione del tratto ileo tibiale a destra. Assenza di sinoviti. 3.3. Stato neurologico periferico ROT simmetrici e normovivaci; presente anche il tibiale posteriore bilateralmente. Iposensibilità diffusa al tatto nel braccio e nella gamba destra (senza il tronco ed il viso); forza bruta degli arti simmetrica. Segni piramidali assenti. 3.4. Radiologia Vedi allegati. 4.- **DIAGNOSI** - Sindrome panvertebrale cronica con componente miofasciale/ spondilogeno nel cinto scapolare e nella gamba destra in/con . turbe statiche del rachide (tendenzialmente piatto con accentuata lordosi lombare) . alterazioni degenerative: - cervicale: discopatie plurime con fulcro in C5/6 con bulging discale riducendo i forami di congiunzione senza conflitti radicolari e senza mielopatia lombare: . - lombare . L4/5 : ernia discale laterofoaminale a sinistra . L5/S1: bulging asimmetrico con restringimento foraminale a destra, clinicamente senza neurocompressione

. esiti da Morbo di Scheuermann abortivo in sede toracale (nodulo di Schmorl in T11) .
disequilibrio muscolare - Sindrome del dolore cronico 5.- VALUTAZIONE In
concomitanza ad una contusione della regione lombogluteale a destra avvenuta il
26.03.2010 la paziente ha sviluppato una sintomatologia algica dapprima lombogluteale a
destra con successivamente un'espansione della sofferenza al livello toracale e cervicale e
nella gamba destra e con infine un coinvolgimento anche degli arti superiori. Gli
accertamenti hanno mostrato al livello lombare alterazioni degenerative in parte già
documentate precedentemente (RM del 2004 nel contesto di un traumatismo non
ulteriormente specificato). La RM del 18.05.2010 ha mostrato una disco-patia in L5/S1 con
un bulging a destra, con inoltre una discopatia anche in L4/5 con a differenza dell'esame del
2004 un'ernia discale lateroforaminale a sinistra, senza una corrispondenza clinica nella
gamba sinistra. Al livello cervicale l'esame RM del 04.05.2011 ha evidenziato discopatie
minori tra C3 e C6 e più evidente in C5/6 (livello che ha già mostrato iniziali segni
degenerativi in un esame analogo nel lontano 1995) senza che vi siano fenomeni
neurocompressivi né di tipo midollare né di tipo radicolare, come ancora confermato di
recente dal neurologo Dr. _____ nel suo esame del 26.05.2011 (rapporto allegato). Le
indagini sono state pure allargate al tratto toracale con una RM del 14.10.2010 che ha
mostrato alterazioni degenerative contenute, in parte nell'ambito di uno stato dopo Morbo di
Scheuermann abortivo. Una scintigrafia ossea trifasica dello scheletro ha infine escluso
un'affezione infiammatoria del rachide. Le cure conservative e semi-invasive (fisioterapia
riabilitativa, manipolazioni, infiltrazione periradicolare L5 a destra) non hanno portato a
benefici. Nel decorso è stata avanzata l'ipotesi di una componente somatoforme (dapprima
dal reumatologo Dr. _____ nel suo rapporto per l'Assicurazione _____ del
06.12.2010, in seguito dal Dr. _____, Caposervizio del Centro _____ nella sua
lettera del 12.05.2011 al neurologo Dr. _____ e sostenuta anche da quest'ultimo nella
sua relazione del 26.05.2011). Dal profilo somatico la paziente è stata ritenuta abile nella
misura del 50% per il suo lavoro che svolge sin dal 1985 presso la _____ di
_____ (ausiliaria di pulizia, lavori in lavanderia ed in cucina) con limitazioni
funzionali giudicate in maniera simile sia dal reumatologo Dr. _____ che dal medico
curante Dr. _____ (i loro rapporti per l'AI-del 02.02. rispettivamente 21.02.2011 agli
atti). La paziente continua a soffrire di dolori in particolare toracali "irradianti al petto con a
volte una sensazione di mancanza di respiro, che appare in particolare da posizione seduta o
sdraiata sulla schiena assieme a dolori cervicali e nel cinto scapolare, questi accompagnati
da una pesantezza nelle braccia, ed ancora di dolori lombari con scosse irradianti nella
gamba destra, questi specialmente in piedi, il tutto in parte carico-dipendente. Per i dettagli
vedasi punto 2. L'esame clinico mostra una 45.enne in condizioni generali buone,
collaborante, che presenta al rachide alterazioni statiche abbastanza evidenti (appiattimento
della cifosi toracale con un'accentuata ed allungata lordosi lombare) in combinazione a
limitazioni funzionali nel tratto lombare dove i movimenti sollecitano marcati dolori
specialmente in estensione (-2/3). Vi è una dolorabilità diffusa alla palpazione interspinale
della colonna vertebrale (salvo L5/S1) mentre risultano modesti i fenomeni oggettivi di una
sindrome vertebrale. Come già il neurologo non ho potuto oggettivare deficit neurologici
specifici. L'iposensibilità al tatto riferita dalla paziente nel braccio e nella gamba destra non
trova spiegazione anatomica. Alla luce delle mie constatazioni e considerando anche le
alterazioni strutturali documentate noto una discrepanza tra l'intensità della sintomatologia
riferita rispettivamente dell'impatto di essa sulla caricabilità soggettiva della paziente ed i
reperiti oggettivi con una capacità funzionale residuale che giudico come segue: -

sollevamento e/o trasporto di carichi (nel rispetto della ergonomia per il rachide): . molto leggeri (fino a 5 kg): normali . leggeri (da 6 a 10 kg): lievemente ridotta . medi (da 11 a 25 kg): ridotta a molto ridotta . pesanti (da 26 a 45 kg): nulla . sopra il piano delle spalle: - di 5 kg: lievemente ridotta (accentuazione dell'iperlordosi lombare) + di 5 kg: nulla - manipolazioni di oggetti ed attrezzi: . leggeri/di precisione: normale . medi: lievemente ridotta . pesanti: ridotta a molto ridotta . molto pesanti: nulla - posizioni di lavoro o dinamiche particolari: . a braccia elevate: lievemente ridotta . con rotazione del tronco: lievemente ridotta . seduta e piegata in avanti: lievemente ridotta . eretta e piegate in avanti: ridotta . inginocchiata: normale . con ginocchia in flessione: normale - mantenere posizioni statiche: . seduta: un'ora senza interruzione . eretta: mezzora senza interruzione - spostarsi/camminare: . fino a 50 m: normale . oltre 50 m: normale . per lunghi tragitti: con brevi pause . salire/scendere scale: lievemente ridotta. - Diversi: . l'impiego delle due mani all'altezza di un tavolo è possibile in forma normale . la paziente non presenta particolari difficoltà nel mantenere l'equilibrio. Il lavoro svolto richiede attività esclusivamente in piedi rispettivamente il camminare con l'obbligo di sollevare pesi secondo il datore di lavoro non superiori a 10 kg ma secondo la paziente spesso in posizioni inergonomiche per il rachide (flessione/torsione). Considerando le sue presenti limitazioni in relazione alle alterazioni funzionali e strutturali del rachide concordo con i medici curanti che hanno giudicato la paziente abile solo in misura parziale del 50% per l'attività svolta, inteso, come presenza normale sul posto di lavoro ma con un rendimento ridotto. Essendo alla origine di questo giudizio delle patologie degenerative irreversibili questa valutazione è da ritenere definitiva. Per un'attività lucrative consone alle sue risorse come stabilite sopra ritengo la signora Urek invece abile in forma pressoché normale (90% inteso come presenza normale con una lieve riduzione del rendimento a causa della necessità di fare di tanto in tanto una piccola pausa) e questo a partire da subito. Questa valutazione non rispecchia il giudizio soggettivo della paziente che si ritiene inabile per qualsiasi attività lucrative. L'ipotesi discussa con la signora che all'origine di questa discrepanza vi sia una componente somatoforme (psicosomatica) con difficoltà nell'elaborazione di un dolore cronico viene da esse respinta. In conclusione posso rispondere ai quesiti come segue: a. Anamnesi Vedi punto 1. b. Disturbi oggettivi - disturbi soggettivi Vedi punto 3. rispettivamente punto 2. c. Diagnosi Vedi punto 4. d. L'attuale malattia giustifica un'incapacità lavorativa nella sua professione? Se sì, in quale misura, per quale durata e per quali disturbi? La paziente è da ritenere abile al lavoro nella misura del 50% (presenza normale, rendimento ridotto) per il lavoro svolto e questo a partire da subito ed in forma definitiva a causa della sintomatologia in relazione alle sue patologie degenerative e statiche del rachide. e. Cura adeguata? È consigliata una cura diversa? Se sì, quale propone? La paziente ha giovato di tutte le misure terapeutiche comunemente proponibili per la patologia in corso. Non vi sono altri suggerimenti atti a modificare le sue condizioni reumatologiche/ortopediche. f. Prognosi di ripresa lavorativa nella misura del 100%? L'inabilità lavorativa parziale è da considerare definitiva. g. Possibile ripresa lavorativa in un'altra attività lucrative? Se sì, da quando, in che misura e con quali limitazioni? Per attività consone alle sue limitazioni come stabilite sotto il punto 5. ritengo la paziente abile a partire da subito e nella misura del 90% inteso come riduzione del rendimento ma con presenza normale sul posto di lavoro. b. Ulteriori sue osservazioni? Sono interessato a conoscere l'esito della perizia psichiatrica nel frattempo avvenuta su incarico dell'AI." (doc. AI 49/6-12) Per il resto, sulla refertazione medica in seguito prodotta dal-l'assicurata prima dell'emissione della decisione di rendita limitata nel tempo – segnatamente i rapporti della dr.ssa _____, neurochirurga, del

reumatologo dr. _____, del reumatologo dr. _____ e del medico di famiglia dr. _____ – si era pertinentemente espresso il SMR nelle rispettive annotazioni dell'11 ottobre 2012 e del 14 marzo 2013, dove da un lato è stato evidenziato come i referti della dr.ssa _____ non modificassero l'esito della valutazione peritale reumatologica rispettivamente come le valutazioni del dr. _____ e del dr. _____ confermassero addirittura le precedenti valutazioni SMR (cfr. doc. AI 77-1, 96-1; cfr. doc. AI 54, 56, 58).

2.6 Con la nuova domanda di prestazioni l'assicurata ha prodotto i rapporti dell'8 maggio 2014 del dr. Boscherini, del 19 settembre 2014 del Servizio di psichiatria e di psicologia medica di _____ e del 24 settembre 2014 della Clinica di _____ di _____. Con annotazioni del 9 luglio 2015 il medico SMR dr. _____, esaminati i suddetti rapporti, rilevata la stazionarietà della situazione clinica, costatata anche l'assenza di una nuova diagnosi, ha escluso un peggioramento dal punto di vista medico: " La nuova documentazione medica pervenuta agli atti, non apporta alcun nuovo elemento medico che non sia già stato considerato e valutato. Nel rapporto della Clinica di _____ del 24.09.2014 viene descritta la degenza effettuata per un ricondizionamento fisico dell'A, e vengono riportate patologie a noi già note. Nel rapporto del Dr. _____ del 08.05.2014, viene citata la presenza di sintomatologia dolorosa presente dal 2010, la quale è stata già valutata nella perizia reumatologica del 25.07.2011. Si precisa che nel caso in cui l'A. si sottoporrà ad eventuale intervento neurochirurgico, come consigliato dal collega citato, si renderà necessaria la rivalutazione del caso. Infine dal profilo psichiatrico emerge un rapporto della Dr.ssa med. _____ del 19.09.2014, la quale non attesta alcuna IL e così conclude: Dal punto di vista psicologico non emergerà un bisogno o una sua richiesta di un ulteriore sostegno psicologico Per cui si attesta NON GIUSTIFICATA L'ENTRATA IN MATERIA. " (doc. AI 120/1) In effetti, come evidenziato dal medico SMR, dalla lettura dei citati rapporti del dr. _____ e del Servizio di psichiatria e di psicologia medica di _____ (qui di seguito riportati), richiami dall'insorgente a sostegno della propria tesi ricorsuale, e dal loro confronto con le refertazioni specialistiche allestite in occasione della precedente domanda di prestazioni (cfr. supra consid. 2.5), è da ritenere che i primi attestino, sia dal profilo diagnostico che per quanto riguarda la valutazione della capacità lavorativa (in entrambi i casi per altro non precisata né tanto meno graduata), uno stato di salute già presente all'epoca dell'emanazione della precedente decisione amministrativa o comunque non contengano elementi che permettano di ipotizzare l'insorgenza di un rilevante peggioramento ai sensi della suevocata giurisprudenza (cfr. supra consid. 2.4). Il dr. _____ riferisce infatti di " Motivo del consulto La paziente riporta un trauma occorso il 26.3.2010 e una sintomatologia dolorosa lombare senza irradiazione radicolare evidente. La sintomatologia dolorosa è localizzata nelle regione mediana/paramediana destra in corrispondenza del segmento ca. L4-L5. Esami complementari La paziente è stata già valutata da altri specialisti. Non ritorno su queste valutazioni, mi permetto di segnalare che la radiografia in posizione ortostatica mette in evidenza un'iperlordosi lombare con un meccanismo di compensazione cervico-toracico. L'iperlordosi porta nel segmento L4-L5 al contatto tra i due processi spinosi e si tratta quindi di un'entità che può perfettamente spiegare delle lombalgie. Valutazioni e proposte terapeutiche Rivelo che i miei colleghi specialisti in reumatologia e neurochirurgia non hanno attirato l'attenzione su quest'aspetto; posso quindi assicurare che questo quadro per immagini è in parte responsabile dei disturbi accusati dalla paziente. Ovviamente vi è un contesto socio-professionale difficile, la paziente deve essere anche vista a breve da uno psicologo, ma è altrettanto vero che la Malattia di Bastrup o Kissing spine può dare questo quadro clinico. In tal senso un

intervento chirurgico di posizionamento di un divaricatore interspinoso potrebbe essere un'opzione chirurgica da prendere in considerazione con una massima cautela. In questo contesto la informo che sono un po' deluso del fatto che questa situazione non sia stata identificata." (doc. AI 117/10) Il rapporto del Servizio di psichiatria e di psicologia medica di _____ fa stato invece di " (...) Situazione del dolore e stato psichico: La signora si dimostra collaborante, l'eloquio è fluido e informativo, buona la sua capacità d'espressione linguistica. Lamenta dolori cervicali e lombari continui, che sfociano in blocchi descritti "come se si fermasse il corpo, si spegnesse un motore", accompagnati da una mancanza di respiro. L'acutizzarsi dei dolori viene vissuto come assai imprevedibile ma comunque associato a sforzi suoi eccessivi. La signora appare rigida nei movimenti, si muove con prudenza, la postura è storta. Esprime un senso d'impotenza nell'affrontare un dolore divenuto cronico; stare a riposo è diventato la strategia privilegiata per rispondere al dolore. La compagnia di qualcuno si riflette comunque positivamente sulla sua capacità di attivarsi. Riferisce di un sonno disturbato dal dolore e di preoccupazione in merito al futuro, il tono dell'umore non appare deflesso; la valutazione testistica conferma l'assenza di ansia e depressione: HADS A 2, HADS D 2. Per quel che riguarda la gestione dei dolori i valori rivelano una presenza sia di un senso d'impotenza che la presenza di risorse, così come una concomitanza di coping attivo e tendenza a catastrofizzazione. Conclusione Nei colloqui si è stimolato la paziente ad osservare e riflettere sui fattori che modulano l'apparizione dei suoi dolori. L'approccio psicoeducativo l'ha resa attenta a modalità di gestione del dolore potenzialmente disfunzionale come l'eccesso di ritiro, ma anche di un prolungato impegno in attività. Più consapevole del pericolo di un decondizionamento muscolare la signora si prefigge di mantenere nel quotidiano un'attivazione costante d'intensità media; l'attuale esperienza prolungata di cure sembra inoltre avere influito positivamente sul saper valorizzare maggiormente un impegno rivolto alla cura di se. Continuerà a frequentare l'acquagym proposta dalla Lega contro i reumatismi. Al momento dell'uscita la signora dirà di essersi sentita bene accolta. Nonostante non avverta un sostanziale cambiamento a livello dei dolori, indicherà di aver tratto profitto dalle misure tese a migliorare la postura e di sentirsi più fiduciosa di poter ritrovare una mobilità soddisfacente. Dal punto di vista psicologico non emergerà un bisogno o una sua richiesta di un ulteriore sostegno psicologico. Impressioni diagnostiche F54 Fattori psicologici e comportamentali associati a sindromi o malattie classificate altrove:" (doc. AI 117/8-9) In queste circostanze, atteso come anche il referto della Clinica _____ di _____ del 24 settembre 2014 (a cui l'insorgente rettamente non fa come detto riferimento alcuno nell'atto ricorsuale) non consenta di giungere a diversa conclusione (doc. AI 117/1-7), a ragione l'Ufficio AI ha conclu-so che l'assicurata non ha reso verosimile una rilevante modifica dello stato di salute e quindi della situazione invalidante. Visto quanto sopra, non avendo l'assicurata reso verosimile una rilevante modifica del suo stato di salute, la decisione im-pugnata va confermata. 2.7 Secondo l'art. 69 cpv. 1bis LAI, 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 (DTF 133 V 402; STF 9C_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C_393/2008 del 24 settembre 2008). 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.