

# GR\_GERICHTE S 2011 100 vom 17. April 2012

GR Gerichte, 2012-04-17, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S\\_2011\\_100](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2011_100)

FR: GR\_GERICHTE S 2011 100 du 17 avril 2012

IT: GR\_GERICHTE S 2011 100 del 17 aprile 2012

## Regeste

rendita d'invalidità | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 1

E' controversa la decisione di non entrata in materia sulla nuova richiesta di prestazioni presentata in data 4 marzo 2011. Nell'ambito del presente ricorso il Giudice delle assicurazioni esamina solo se l'amministrazione ha rifiutato di entrare in materia a buon diritto.

### E. 2

a) Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado di 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 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità, 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 cons. 5.2.3, 117 V 198 cons. 4b con riferimenti). Nell'ambito dell'art. 87 OAI è sufficiente rendere verosimile il cambiamento preteso e non è richiesta la prova della verosimiglianza preponderante valida altrimenti nell'ambito delle assicurazioni sociali (DTF 125 V 195 cons. 2, 121 V 47 cons. 2a e 119 V 9 cons. 3c/aa; STF 9C\_688/2007 del 22 gennaio 2008 e 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. Se per contro è resa credibile una rilevante modifica suscettibile di influenzare il diritto alla rendita l'amministrazione è obbligata ad entrare nel merito della richiesta (DTF 109 V 114 cons. 2b e DAS 2002 AI no. 26). Va poi evidenziato che più la precedente decisione è distante nel tempo, meno esigenze sono poste alla verosimiglianza giusta l'art. 87 cpv. 3 e 4 OAI del rilevante cambiamento (STFA I 619/06 cons. 3 del 10 febbraio 2005). In DTF 130 V 64, il TFA ha precisato che nel caso in cui l'assicurato non ha reso credibile 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 cons. 5.2.5). b) 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 rispetto a quanto accertato nell'ultima decisione di rendita cresciuta in giudicato e fondata sui principi giurisprudenziali stabiliti per determinare il grado d'invalidità quali l'accertamento dello stato di fatto determinante, l'apprezzamento coscienzioso delle prove e il paragone dei redditi (DTF 130 V 71). D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto vista in astratto, ma piuttosto in rapporto all'art. 28 cpv. 1 LAI. In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (STF U 403/06 del 9 ottobre 2007 cons. 7 e RCC 1987 pag. 38, cons. 1a).

### **E. 3**

a) Non è contestato che l'assicurato non espliciti più attualmente un'attività lucrativa. Ne consegue che la modifica delle condizioni che potrebbero dare diritto ad una rendita non può riguardare le condizioni economiche, ma deve necessariamente trovare il proprio fondamento nella modifica dell'aspetto clinico presentato dal petente. All'epoca della decisione sul rifiuto di prestazioni di rendita, l'istante era stato reputato abile completamente in attività leggere. La precedente attività di contadino/taglialegna e le funzioni di manutenzione nell'attività svolta durante l'inverno non erano più state considerate esigibili. La valutazione della residua abilità era avvenuta sulla base di quanto accertato il 10 dicembre 2009 dal dott. med. ..., che attestava una diminuzione del rendimento a causa dei disturbi alla schiena, pur considerando possibile una completa ripresa dell'attività a partire del 2 dicembre 2009 (vedi anche allegato 17-3/3 dell'ufficio AI), del parere espresso il 15 luglio 2010 da parte dell'osteopata dott. ..., il quale reputava il paziente

abile da 6 a 8 ore giornaliere in attività che non richiedevano sforzi fisici nonché della valutazione operata dalla dott. med. ... il 17 agosto e il 23 novembre 2010, che riteneva non giustificato l'apprezzamento della completa inabilità nella precedente attività accertata dal dott. med. ... Per la dott. med. ... era infatti evidente che il paziente non era più in grado di svolgere lavori pesanti come lo spalare neve, lavori di manutenzione e salire sui piloni, mentre il semplice controllo degli impianti di risalita era da reputare esigibile. In questo senso nella precedente attività veniva attestata una residua abilità del 50%. Per contro in attività leggere, detto medico si riallacciava alla valutazione dell'osteopata e reputava il paziente abile in misura completa. Dal punto di vista dermatologico, cardiaco e oftalmologico, era possibile escludere qualsiasi impedimento suscettibile di ripercuotersi sulla residua abilità lucrativa. Ne discende che la valutazione della residua abilità operata dagli organi AI nel dicembre 2010 non era già allora del tutto in assonanza con quanto accertato dal dott. med. ... Tale provvedimento cresceva però incontestato in giudicato. b) La nuova domanda di prestazioni era stata presentata il 4 marzo 2011 sulla base della certificazione fornita dal dott. med. ... il 12 febbraio 2011. Giusta questo certificato, il paziente si era presentato per discutere l'ulteriore procedere. Rispetto alle precedenti consultazioni, la situazione dei disturbi residui a livello lombare non era migliorata. Persisteva parimenti l'impossibilità di eseguire lavori fisicamente impegnativi in quanto già dei piccoli sforzi producevano forti dolori. Dal 28 ottobre 2010 in poi, la capacità lucrativa

era nulla per lavori pesanti e ridotta al 40% per lavori leggeri, con una limitazione dovuta all'impossibilità di rimanere seduto per oltre un'ora. Questa valutazione medica è praticamente identica a quella già rilasciata dallo stesso medico il 28 ottobre 2010. In detto reperto, il dott. med. ... attestava che non era più possibile per il paziente compiere degli sforzi e che anche la più piccola attività fisica provocava degli acuti dolori residuali che si protraevano nel tempo. Per questi motivi il medico accertava una completa inabilità nell'ambito dell'attività esercitata in precedenza di controllore e montatore di impianti di risalita. In considerazione dell'esaurimento del diritto alle indennità giornaliere e in assenza di ulteriori coperture assicurative, detto

medico consigliava agli organi AI l'erogazione al paziente di una rendita intera fino al pensionamento (vedi reperto del 28 ottobre 2010 in fine). c) Analizzando le due certificazioni redatte dallo stesso medico a distanza di poco più di tre mesi non è evidentemente dato concludere ad una modifica dello stato di salute dell'istante. Nel febbraio 2011, non veniva constatato "alcun miglioramento" rispetto alla situazione precedente, ciò che non permette però di ritenere che la situazione sia peggiorata. Di diverso tra questi due referti è unicamente la valutazione della residua abilità anche in attività leggere che nella certificazione del febbraio 2011 il medico ritiene esigibili solo al 40%, mentre in precedenza mancava una chiara definizione del grado d'inabilità in attività leggera, anche se veniva consigliata l'erogazione di una rendita intera d'invalidità. Nel proprio certificato del febbraio 2011 poi, la residua capacità del 40% veniva pretesa sussistere già dall'ottobre 2010, ovvero da prima dell'emanazione della decisione di rifiuto, ciò che non permette di concludere ad una modifica delle condizioni di salute dell'assicurato da allora (ottobre 2010) e fino al momento della presentazione della domanda di nuove prestazioni (marzo 2011). Anche la valutazione operata dal dott. med. ... in data 7 aprile 2011, giusta la quale veniva attestata un'abilità del 40% in attività leggera a partire dal 12 febbraio 2011, non muta le sorti del giudizio. L'attestazione del medico curante si limita a tale affermazione senza essere però corroborata da un qualsivoglia reperto oggettivo e non permette di trarre alcuna conclusione in merito ad una modifica delle condizioni danti diritto a rendita. Sia la certificazione del 12 febbraio che quella del 7 aprile 2011 non adducono alcun motivo che renda perlomeno credibile una modifica della situazione di salute del paziente rispetto a quanto accertato al momento del rifiuto di prestazioni nel dicembre 2010. I due medici si sono semplicemente limitati a valutare in parte diversamente una situazione clinica rimasta immutata, ciò che per i motivi esposti in precedenza non costituisce un motivo di revisione. d) Nell'ambito del diritto delle assicurazioni sociali, il giudice valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto e di diritto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 130 V 140 e 121 V 366 cons. 1b).

Sulla base dei due certificati medici prodotti agli organi AI il 7 marzo e l'11 aprile 2011, forza è di constatare che al momento determinante della resa del provvedimento impugnato del 23 giugno 2011 una modifica sostanziale delle condizioni di salute del ricorrente suscettibile di ripercuotersi sulla residua abilità lucrativa rispetto alla situazione del dicembre 2010 non era stata resa credibile. Anche nella presa di posizione del 6 giugno 2011 sul decreto provvisorio del 25 maggio 2011, l'assicurato non accennava neppure all'eventuale complemento medico a seguito della imminente visita presso il medico di fiducia della cassa malati. L'ufficio convenuto era del resto venuto in possesso della valutazione del dott. med. ... del 27 maggio 2011 solo dopo la resa della decisione

impugnata. Per decidere della legalità della non entrata nel merito della richiesta del marzo 2011 non è conseguentemente dato considerare tale referto come non è neppure consentito fondarsi sull'accertamento eseguito il 5 settembre 2011 da parte del dott. med. ... in quanto posteriore alla decisione deferita a giudizio. Per questo anche il subentrare di un possibile successivo peggioramento o di un'eventuale sindrome del tunnel carpale, patologia a cui vien fatto riferimento per la prima volta nel settembre del 2011, non potevano essere presi in considerazione nell'ambito del presente procedimento. Come giustamente ricordato anche dall'ufficio convenuto, se effettivamente la situazione di salute dell'istante dovesse essersi modificata, resta impregiudicata la possibilità di un nuovo annuncio alle condizioni sopra ricordate. Ne consegue che la decisione di non entrare nel merito della richiesta di nuove prestazioni merita nell'evenienza protezione.

#### **E. 4**

Anche senza operare un paragone diretto tra la situazione del dicembre 2010, in quanto allora il diritto a rendita era stato rifiutato, la richiesta di nuove prestazioni sfugge comunque alle censure di ricorso, in quanto le due certificazioni presentate non sarebbero neppure come tali atte a rendere credibile il diritto ad una rendita d'invalidità mancando completamente di una valutazione oggettivabile sulla residua abilità. In una frase il curante accertava una capacità lucrativa del 40% senza aggiungere a questo giudizio alcuna spiegazione non solo sulla patologia, che potrebbe essere ritenuta notoria agli organi AI, bensì sulla ripercussione concreta dei disturbi lamentati sulla

residua abilità. Ma anche il dott. med. ... ometteva qualsiasi concreta definizione sul grado degli impedimenti e le attività ancora esigibili, limitandosi a certificare un presunto grado d'inabilità anche in lavori leggeri del 40%. Lo stesso medico aveva poi già il 28 ottobre 2010 perorato il riconoscimento di una rendita intera d'invalidità per motivi non prettamente o non esclusivamente medici. Considerata l'assenza di indicazioni oggettive a fondamento delle attestazioni mediche citate e tenuto conto della generale esperienza della vita, in base alla quale nella valutazione dei rapporti dei medici curanti il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente tra medico e paziente, nelle situazioni di dubbio, detti medici tendono ad attestare in favore del proprio cliente (DTF 125 V 353 cons. 3b/cc e 124 I 175 cons. 4 nonché STF 8C\_548/2009 del 3 settembre 2009), la documentazione prodotta era stata giustamente ritenuta non sufficiente per rendere credibile un diritto a rendita. Del resto, giusta la giurisprudenza, il riconoscimento di prestazioni sulla base della sola attestazione fornita dal medico curante non entra solitamente neppure in considerazione (DTF 135 V 470 cons. 4.5).

#### **E. 5**

Nel proprio ricorso, l'assicurato contesta la determinazione del precedente grado d'invalidità senza un accurato accertamento medico, sulla base di una parallelizzazione dei redditi manifestamente insufficiente e in applicazione di un'assolutamente inadeguata percentuale di decurtazione, rispetto alla ristretta esigibilità ancora presente anche in attività leggera, sulla scorta degli innumerevoli impedimenti presentati e tenuto conto della particolare situazione personale del richiedente. Tutte queste censure, anche se in parte comprensibili, dovevano però essere giustamente rivolte al provvedimento del

#### **E. 7**

dicembre 2010 e non possono essere fatte valere in questa sede, altrimenti verrebbe in tal modo accordata all'istante un'inammissibile restituzione dei termini d'impugnazione (DTF

130 IV 72 cons. 2.2, 127 I 138 cons. 6 in fine e 125 IV 302 cons. 2b in fine). Nulla avrebbe in casu impedito l'istante d'impugnare la decisione di rifiuto, adducendo quanto allegato in questa sede (vedi al riguardo DTF 131 I 153 cons. 3 e 130 II 425 cons. 2.1). La revisione non persegue lo scopo di rimettere continuamente in discussione un giudizio

cresciuto in giudicato, di eludere le norme legali sui termini di ricorso o quelle sulla loro restituzione o di addurre fatti non presentati a tempo debito. 6. In conclusione, rispetto alla situazione come si presentava al momento del rifiuto di prestazioni di rendita e sulla scorta della documentazione allegata alla nuova domanda di prestazioni, l'assicurato non ha saputo rendere credibile una modifica rilevante del grado di invalidità al momento della presentazione della propria richiesta. Ne consegue che la decisione di non entrare nel merito della nuova domanda di prestazioni viene in questa sede confermata e il ricorso respinto. In deroga all'art. 61 lett. a LPGa, 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 tra fr. 200.-- e fr. 1000.-- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (art. 69 cpv. 1bis LAI) ed i cantoni non godono di alcun margine di apprezzamento a questo riguardo (STF 9C\_715/2007 del 17 giugno 2008). Per questo al ricorrente vengono accollati fr. 300.-- di spese. Il Tribunale decide: 1. Il ricorso è respinto. 2. Vengono prelevati dei costi di fr. 300.--, il cui importo sarà versato da ... entro trenta giorni dalla notifica della presente decisione all'Amministrazione delle finanze del Cantone dei Grigioni, Coira. L'interposto ricorso al Tribunale federale è stato respinto in data 27 gennaio 2012 (8C\_947/2011).

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