

TI_GERICHTE 32.2011.223 vom 30. Juni 2011

TI Tribunale d'appello, 2011-06-30, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2011.223

FR: TI_GERICHTE 32.2011.223 du 30 juin 2011

IT: TI_GERICHTE 32.2011.223 del 30 giugno 2011

Regeste

Non entrata in materia sulla nuova domanda di prestazioni AI poiché l'insorgente non ha reso verosimile un peggioramento dello stato di salute con influenza sul grado d'invalidità

Erwägungen

E. 21

luglio 2003; STFA H 335/00 del 18 febbraio 2002; STFA H 212/00 del 4 febbraio 2002; STFA H 220/00 del 29 gennaio 2002; STFA U 347/98 del 10 ottobre 2001, pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA H 304/99 del 22 dicembre 2000; STFA I 623/98 del 26 ottobre 1999). Nel merito 2. Il 1° gennaio 2012 è entrata in vigore la modifica del 18 marzo 2011 della legge federale sull'assicurazione invalidità (LAI) e di altre leggi federali (6a revisione dell'AI, primo pacchetto di misure; RU 2011 5659 e seguenti). Per la disanima del diritto a una rendita di invalidità eventualmente già insorto in precedenza occorre rifarsi alle regole generali del diritto intertemporale, secondo cui sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 130 V 445 consid. 1, pag. 446 seg. con riferimento a DTF 130 V 329). In concreto al ricorso contro la decisione emanata il 30 giugno 2011, data che, di principio, delimita temporalmente il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali, si applicano le norme sostanziali in vigore fino al 31 dicembre 2011. 3. Secondo l'art. 4 cpv. 1 LAI in relazione con gli art. 7 e 8 della LPGA, con invalidità s'intende l'incapacità al guadagno presunta permanente o di rilevante durata, cagionata da un danno alla salute fisica o psichica, conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio. Gli elementi fondamentali dell'invalidità, secondo la surriferita definizione, sono quindi un danno alla salute fisica o psichica conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio, e la conseguente incapacità di guadagno. Occorre quindi che il danno alla salute abbia cagionato una diminuzione della capacità di guadagno, perché il caso possa essere sottoposto all'assicurazione per l'invalidità (Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, tesi Ginevra 1991, pp. 216ss). L'art. 28 cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA, il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello che egli può tuttora

realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a e 2b; Pratique VSI 2000 p. 84 consid. 1b). Nella DTF 107 V 21 consid. 2c, la nostra Corte federale ha stabilito che l'assicurazione per l'invalidità non è tenuta a rispondere, qualora l'assicurato, in ragione della sua età, di una carente formazione oppure a causa di difficoltà di apprendimento o linguistiche, non riesce a trovare concretamente un'occupazione (giurisprudenza confermata dal TFA con una sentenza del 14 luglio 2006 nella causa A., U 156/05, consid. 5). La misura dell'attività ragionevolmente esigibile dipende, d'altra parte, dalla situazione personale dell'assicurato e dalla possibilità di applicazione di misure reintegrative. La situazione personale dell'assicurato è essenziale per la valutazione della residua capacità al guadagno. Secondo il Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale) i due redditi, dalla cui differenza emerge il grado dell'incapacità di guadagno, vanno stabiliti in maniera precisa. Se ciò non è possibile, devono essere calcolati sulla base di una valutazione fondata sulle circostanze concrete (SVR 1996 IV Nr. 74 consid. 2a, DTF 114 V 313 consid. 3a). Al proposito, va precisato che, secondo la DTF 128 V 174, resa in ambito LAINF, per il raffronto dei redditi ipotetici fa stato il momento dell'inizio dell'eventuale diritto alla rendita (e non quello della decisione su opposizione). L'Alta Corte ha anche precisato che l'amministrazione è comunque tenuta, prima di pronunciarsi sul diritto a una prestazione, a esaminare se nel periodo successivo all'inizio di tale diritto non sia eventualmente subentrata una modifica di rilievo dei dati ipotetici di riferimento. In questa eventualità essa dovrà pertanto procedere a un ulteriore raffronto dei redditi prima di decidere. Tale principio è poi stato esteso anche all'assicurazione per l'invalidità (DTF 129 V 222; cfr., pure, STFA del 26 giugno 2003 nella causa R. consid. 3.1, I 600/01, del 3 febbraio 2003 nella causa R., I 670/01 pubblicata in SVR 2002 IV Nr. 24, del 18 ottobre 2002 nella causa L. consid. 3.1, I 761/01 pubblicata in SVR 2003 IV Nr. 11 e del 9 agosto 2002 nella causa S. consid. 3.1, I 26/02; cfr., inoltre, STFA del 13 giugno 2003 nella causa G. consid. 4.2, I 475/01). 4. Secondo l'art. 17 cpv. 1 LPGGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibile di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17 LPGGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per sapere se è intervenuta una modificazione notevole, si deve confrontare la situazione di fatto al momento della decisione iniziale di assegnazione della rendita con quella vigente all'epoca del provvedimento litigioso (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid. 2 con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, in: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 1997, ad art. 41, pag. 258). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento

determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88 a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (RCC 1984 p. 137). Circa gli effetti della modificazione di un diritto ad una rendita d'invalidità (o ad un assegno per grandi invalidi), l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI stabilisce che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto il più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione. L'art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI prevede che la riduzione o la soppressione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi è messa in atto retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 OAI. 5. 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 OAI; rimasti invariati a seguito della 5a revisione dell'AI). 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 (cfr. SVR 2002 IV Nr. 10 consid. 1c/aa con riferimenti). Scopo del requisito di rendere verosimile una rilevante modifica 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 (sentenza dell'11 settembre 2008, 9C_708/2007; DTF 130 V 64 consid. 3; DTF 117 V 198 consid. 4b; DTF 109 V 108 consid. 2b; SVR 2002 IV Nr. 10; Müller, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, Universitätsverlag Freiburg Schweiz, 2003, pag. 84-86; Valterio, *Droit et pratique de l'assurance invalidité, Les prestations*, Lausanne 1985, pag. 270). 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 Invalidenrenten-revisionen*, in Schaffauer/Schlauri, *Die Revision von Dauerleistungen*, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Uni St. Gallen, 1999, pag. 15; DTF 117 V 198). In particolare, la costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante

dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (RCC 1989 pag. 323, consid. 2a; DTF 113 V 275, consid. 1a, 109 V 116 consid. 3 b, 105 V 30). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto da un punto di vista astratto, ma piuttosto in relazione con l'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 (RCC 1987 pag. 38 consid. 1a, 1985 pag. 336). Nel caso di nuova domanda il punto di partenza per la valutazione di una modifica (e, quindi, di conseguenza anche per l'esame di verosimiglianza) del grado di invalidità suscettivo di incidere notevolmente sul diritto alla prestazione è dato, dal profilo temporale, dall'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi (DTF 130 V 71). Tale giurisprudenza è valida anche nel caso di revisione della rendita (DTF 133 V 108). Nella sentenza, pubblicata in DTF 130 V 64, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA, dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale) 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). Va poi evidenziato che 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 (DTF 109 V 114 consid. 2b, 123 consid. 3b e 264)", riportato nella sentenza del 10 febbraio 2005, I 619/06, consid. 3). Infine, se l'assicurato interpone ricorso contro la 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 (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 (sentenza del 20 giugno 2007, I 630/06, consid. 3 con riferimenti; DTF 130 V 343 consid. 3.5). 6. Per quanto riguarda in particolare l'invalidità cagionata da un danno alla salute psichica, il TFA ha stabilito che è decisivo al proposito che il danno sia di gravità tale da non poter praticamente esigere dall'assicurato di valersi della sua capacità lavorativa sul mercato del lavoro, o che ciò sia persino intollerabile per la società (DTF 127 V 298 consid. 4c, 102 V 165= RCC 1977 pag. 169; Pratique VSI 1996 pag. 318, 321, 324; RCC 1992 pag. 180; ZAK 1984 pag. 342, 607;

STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Berna 2003, pag. 128). L'Alta Corte ha inoltre avuto modo di precisare che: " (...) Tra i danni alla salute psichica, i quali come i danni fisici, possono determinare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI, devono essere annoverati - oltre alle malattie mentali propriamente dette - le anomalie psichiche parificabili a malattia. Non sono considerati effetti di uno stato psichico morboso, e dunque non costituiscono turbe a carico dell'assicurazione per l'invalidità le limitazioni della capacità di guadagno cui l'assicurato potrebbe ovviare dando prova di buona volontà; la misura di quanto è ragionevolmente esigibile dev'essere apprezzata nel modo più oggettivo possibile. Bisogna dunque stabilire se, e in quale misura al caso, un assicurato può, nonostante il danno alla salute mentale, esercitare un'attività lucrativa che il mercato del lavoro gli offre, tenuto conto delle sue attitudini. In quest'ambito il punto è quello di sapere quale attività si può da lui ragionevolmente esigere. Ai fini di stabilire l'esistenza di un'incapacità di guadagno causata da un danno alla salute psichica non è quindi decisivo accertare se l'assicurato eserciti o meno un'attività lucrativa insufficiente; di maggior rilievo è piuttosto domandarsi se si debba ammettere che l'utilizzazione della capacità lavorativa non può in pratica più essere da lui pretesa oppure che essa sarebbe persino insopportabile per la società (DTF 102 V 166; VSI 1996 pag. 318 consid. 2a, pag. 321 consid. 1a, pag. 324 consid. 1a; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a e sentenze ivi citate)" (STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F. [I 148/98], pag. 10 consid. 3b)." Secondo la giurisprudenza del TFA siffatti principi valgono fra l'altro per le psicopatie, le alterazioni dello sviluppo psichico (psychische Fehlentwicklungen), l'alcolismo, la farmacomania, la tossicomania e le nevrosi (STFA del 18 ottobre 1999 nella causa B., I 441/99; STFA del 29 settembre 1998 nella causa S. F., I 148/98, pag. 10 consid. 3b; RCC 1992 pag. 182 consid. 2a con riferimenti).

7. Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123), bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (cfr. anche la sentenza 9C_949/2010 del 5 luglio 2011 dove l'Alta Corte ha nuovamente fatto riferimento alla pronunzia pubblicata in DTF 125 V 351). Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare

l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 8. In concreto l'amministrazione, con decisione formale del 16 gennaio 2006, confermata dalla decisione su opposizione del 16 maggio 2008, ha assegnato alla ricorrente una rendita intera limitata nel tempo (dal 1° luglio 2004 al 30 novembre 2005) e con decisione del 26 ottobre 2009 non è entrata in materia sulla nuova domanda di prestazioni (doc. AI 54, 73 e 85). Il 18 marzo 2011 l'insorgente, tramite il formulario " richiesta per adulti: integrazione professionale/rendita " ha inoltrato una nuova domanda indicando di essere affetta da " disturbi dolorosi cronici conseguenti all'incidente stradale del 1998 depressione dell'umore – disturbi tiroidei – emicrania " (doc. AI 86-7). Alla domanda di sapere da quando sussiste il danno ha risposto " 1998 " (doc. AI 86-7), senza allegare alcun atto medico, neppure in seguito alla notifica del progetto di decisione del 20 maggio 2011 (doc. AI 88) tramite il quale l'amministrazione ha precisato che " con la nuova richiesta non ha credibilmente dimostrato che dopo l'emissione della precedente decisione, le circostanze oggettive abbiano subito una modifica rilevante ai fini del diritto alle prestazioni. Una nuova valutazione di una condizione invariata non è possibile " (doc. AI 88). Solo con il ricorso l'insorgente ha prodotto un certificato del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia del 26 agosto 2011, ossia successivo alla decisione del 30 giugno 2011, tramite il quale lo specialista ha affermato: " (...) La paziente soffre di un disturbo depressivo ricorrente attualmente trattato con antidepressivi e stabilizzatori dell'umore. Ella inoltre è pure seguita dal Dottor _____ per un ipotiroidismo attualmente non sostituito. Al di là del problema depressivo ricorrente la paziente soffre di cefalee miste, in passato episodi recidivanti di emicrania con aurea. E' pure presente una sindrome polialgica irradiata soprattutto in sede occipito-nucale e emicrania sx. Diversi trattamenti farmacologici per gestire la sintomatologia dolorosa sono risultati insoddisfacenti. A questo proposito abbiamo recentemente richiesto in accordo con il medico curante e la Dott.ssa _____ un ricovero presso la Clinica di _____ per un periodo di cure del dolore cronico e della depressione. La paziente è completamente invalidata da questo intreccio di patologie neurologiche psichiatriche e non riceve nessuna prestazione da parte dell'assicurazione invalidità vivendo a carico dell'assistenza. Le chiedo vista l'evoluzione cronicamente negativa invalidante della condizione clinica della paziente di presentare ordinario ricorso presso il Tribunale d'appello." (doc. C) Con sentenza 8C_177/2010 del 15 aprile 2010 il TF ha confermato che nell'ambito di una nuova domanda di prestazioni l'assicurato già nella nuova richiesta deve rendere verosimile che il grado d'invalidità è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (o deve perlomeno far riferimento a mezzi di prova, segnatamente rapporti medici, non ancora prodotti o da richiedere dall'amministrazione atti a rendere verosimile l'asserita modifica. In questo secondo caso l'amministrazione 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). Atti prodotti in sede di ricorso sono invece, di massima, tardivi. Nel caso giudicato dall'Alta Corte si trattava di un assicurato al quale, con sentenza del 6 gennaio 2005, era stato riconosciuto il diritto a una mezza rendita dal 1° marzo 2004 (oltre alla rendita intera cui aveva già diritto dal 1° dicembre 2002 al 29 febbraio 2004) e che il 19 febbraio 2008 aveva inoltrato una nuova domanda, respinta dall'amministrazione il 19 maggio 2008 perché non aveva reso verosimile nessuna modifica rilevante per il diritto alle prestazioni. Il TF ha giudicato corretto l'agire del tribunale cantonale che non ha preso in considerazione un certificato medico del 31 gennaio 2008 prodotto dall'assicurato solo in

sede di ricorso (cfr. consid. 6: “ Die Vorinstanz erwog, die Beschwerdeführerin habe weder mit dem Revisionsgesuch vom Februar 2008 noch innert der von der Beschwerdegegnerin angesetzten Frist aktuelle Arztberichte eingereicht, so dass sie eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnisse seit der letztmaligen materiellen Überprüfung im Januar 2005 nicht rechtsgenügend darzutun vermögen. Der angefochtene Entscheid basiert weder auf einer offensichtlich unrichtigen Sachverhaltsfeststellung, noch verletzt er sonstwie Bundesrecht. Eine Rechtsfehlerhaftigkeit wird denn auch nicht geltend gemacht. Insbesondere hat das kantonale Gericht zu Recht nicht auf den erst im vorinstanzlichen Verfahren und daher verspätet (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 69; Urteil I 734/05 vom 8. März 2006 E. 3.2) eingereichten Bericht der Frau Dr. med. D. _____, Allgemeinmedizin FMH, vom 31. Januar 2008 abgestellt. Nach dem Gesagten muss es mit dem vom kantonalen Gericht bestätigten Nichteintreten der IV-Stelle auf das Revisionsgesuch vom 19. Februar 2008 sein Bewenden haben. ”, sottolineatura del redattore). Va ancora evidenziato che con sentenza I 734/05 dell’8 marzo 2006, citata nella pronuncia del 15 aprile 2010 (cfr. anche sentenza del 5 giugno 2008, 8C_196/2008) , il TF aveva accolto un ricorso di un Ufficio AI che si era lamentato del fatto che un tribunale cantonale aveva preso in considerazione un certificato medico prodotto solo in sede di ricorso. L’Alta Corte ha rammentato che se nella nuova domanda non viene reso verosimile che il grado d’invalidità è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni, ciò non porta in tutti i casi all’obbligo per l’amministrazione di fissare un termine all’assicurato per rendere verosimile la modifica. Il termine va assegnato unicamente laddove l’assicurato non rende verosimile la modifica rilevante per il diritto alle prestazioni, ma rinvia a mezzi di prova supplementari, in particolare atti medici, che intende trasmettere in un secondo tempo o che chiede all’amministrazione di acquisire d’ufficio. Se per contro viene inoltrata una nuova domanda senza rinvio a mezzi di prova supplementari, l’amministrazione deve decidere sulla base della domanda e degli atti ivi prodotti (“ Wird im Revisionsgesuch (oder in der Neuanmeldung) kein Eintretenstatbestand glaubhaft gemacht, führt dies, entgegen der offenbaren Rechtsauffassung der Vorinstanz, nicht in allen Fällen dazu, dass eine Nachfristansetzung gemäss BGE 130 V 68 f. Erw. 5.2.5 erfolgt. Die zitierte Rechtsprechung hat einzig die Fälle zum Gegenstand, in denen kein Eintretenstatbestand glaubhaft gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen wird, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien (zitatierter BGE, lit. A zweiter Absatz sowie Erw. 5.2.5; Urteile H. vom 31. Oktober 2003, I 570/01, Erw. 2 und B. vom 13. Januar 2005, I 606/04, Erw. 4 und F. vom 10. Februar 2005, I 619/04, lit. A.b und Erw. 2). Wird demgegenüber, wie im hier zu beurteilenden Fall, ein Revisionsgesuch ohne Hinweis auf ergänzende Beweismittel eingereicht, hat die Verwaltung ohne Weiterungen über das Eintreten auf Grund des Gesuchs (einschliesslich allfälliger Beilagen) zu befinden“ e al consid. 3.2 che „ Mit Blick darauf, dass Art. 87 Abs. 3 IVV (in der seit 1. März 2004 gültigen Fassung) nach wie vor verlangt, dass im Gesuch um Revision glaubhaft zu machen ist, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat, kann sich im Lichte des auf den 1. Januar 2003 in Kraft getretenen ATSG einzig fragen, ob die in BGE 130 V 68 f. Erw. 5.2.5 aufgestellten Grundsätze zur Beweisführungslast dahingehend zu modifizieren sind, dass der durch Gesetz und Rechtsprechung umschriebenen Beweisführungslast bis zum Abschluss des Einspracheverfahrens genügt werden kann (Erw. 2.2.2). Nach Erlass des Einspracheentscheidendes datierende Beweismittel, die eine anspruchserhöhende Tatsache glaubhaft machen sollen, sind demgegenüber stets im Wege eines neuen Revisionsgesuchs

vorzubringen. Damit ist kein überspitzter Formalismus verbunden, sondern wird der in Art. 87 Abs. 3 IVV verankerten Regelungsabsicht - beschränkte Beweisführungslast bei Revisions- oder Neuanmeldungsverfahren - Rechnung getragen, die ihrerseits darauf beruht, dass dem Revisions- oder Neuanmeldungsverfahren naturgemäß zumindest einmal eine Anspruchsprüfung nach dem so genannten Untersuchungsprinzip vorangegangen war. Indem das kantonale Gericht entscheidungswesentlich auf den erst im kantonalen Beschwerdeverfahren vom Versicherten eingereichten Bericht des Dr. med. B. _____ (vom 29. Januar 2001) abgestellt hat, ist der angefochtene Entscheid nach dem Gesagten bundesrechtswidrig", sottolineature del redattore). In concreto, sulla base della citata giurisprudenza, il ricorso va respinto già solo per il fatto che la ricorrente, nell'ambito della nuova richiesta di prestazioni, non ha reso verosimile che il grado d'invalidità è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni, né ha fatto riferimento a mezzi di prova non ancora prodotti o da richiedere dall'amministrazione atti a rendere verosimile l'asserita modifica, limitandosi ad elencare, nella domanda (doc. AI 86-7), le patologie di cui è affetta e i medici che l'hanno presa in cura. Ne segue che, in applicazione della sopra citata giurisprudenza, il certificato medico prodotto solo con l'impugnativa, non può essere preso in considerazione nell'ambito della procedura di ricorso poiché tardivo (sentenza 8C_177/2010 del 15 aprile 2010, sentenza I 734/05 dell'8 marzo 2006). 9. Va qui comunque evidenziato che, anche se si volesse prendere in considerazione il certificato del 26 agosto 2011 del dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia (doc. C), l'esito, per i motivi che seguono, non sarebbe diverso. Occorre esaminare se lo stato di salute della ricorrente rispetto allo stato di fatto presente all'epoca dell'emissione della decisione su opposizione del 16 maggio 2008 che ha esaminato materialmente il diritto alla rendita (doc. AI 73-1, cfr. DTF 133 V 108), ha subito un peggioramento tale da incidere sul grado d'invalidità. L'insorgente, nel corso del 2005, era stata sottoposta ad una perizia psichiatrica (dott. _____, capo clinica dell'Ospedale _____, cfr. doc. AI 42-1 e 48-1) e ad una perizia reumatologica (dr. med. _____, FMH reumatologia, doc. AI 58-5). Il 10 novembre 2005 sulla base dei due referti, il medico SMR, dr. med. _____, ha posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di sindrome somatoforme in episodio depressivo attualmente risolto e sindrome cervicospindilogenica cronica in stato dopo contusione occipitale 18.09.1998 e alterazioni degenerative C5/C6 e C6/C7 senza neurocompressione oltre all'ulteriore diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa di cefalee croniche di tipo tensivo con episodi di emicrania ed un'incapacità lavorativa dello 0% dal settembre 2005 nella precedente attività di segretaria (doc. AI 49-1). Con il certificato del 26 agosto 2011 (doc. C) il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, non precisa in cosa consisterebbe il peggioramento dello stato di salute rispetto alla precedente valutazione dell'amministrazione e non spiega in che maniera le circostanze oggettive avrebbero subito una modifica rilevante ai fini del diritto alle prestazioni (cfr. anche sentenza 8C_716/2011 del 5 gennaio 2012, consid. 3.3). Come rileva inoltre anche il medico SMR, dr. med. _____ nella presa di posizione dell'8 settembre 2011 (doc. IV/Bis), lo specialista non pone una chiara diagnosi psichiatrica (o somatica) secondo un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente (cfr. DTF 130 V 396) e si limita ad attestare genericamente una completa incapacità lavorativa per motivi neurologici e psichiatrici. Il dr. med. _____ rileva di seguire la ricorrente dal 17 febbraio 2006 per un " disturbo depressivo ricorrente attualmente trattato con antidepressivi e stabilizzatori dell'umore ", senza peraltro indicare il tipo di farmaci prescritti e la dose assunta dall'interessata. Questa patologia, tuttavia, era già stata descritta dal medesimo

curante con certificato del 22 marzo 2007 ed era stata da lui ritenuta completamente invalidante (cfr. doc. AI 72-2: “ come da voi richiesto confermo di avere in cura dal 17 febbraio 2006 la Signora RI 1 a causa di un disturbo depressivo ricorrente e un disturbo somatoforme da dolore persistente di entità grave ”, cfr. anche, abbondanzialmente il certificato dell’8 aprile 2009, doc. AI 82-4: “” si tratta di una paziente che soffre di un disturbo depressivo ricorrente... ”). L’UAI ne aveva tenuto conto nell’ambito della procedura d’opposizione sfociata nella decisione su opposizione del 16 maggio 2008 (cfr. consid. 3.2, doc. AI 73-6), cresciuta incontestata in giudicato (doc. AI 73). Ne segue che lo specialista non rende verosimile un peggioramento rispetto alla precedente fattispecie. Anche le cefalee miste, in passato con episodi recidivanti di emicrania con aurea, nonché la sindrome polialgica irradiata soprattutto in sede occipito-nucale e emicrania sx (doc. C), cui accenna il dr. med. _____ sono già state ampiamente prese in considerazione ed esaminate dall’amministrazione che, anche sulla base della perizia reumatologica del 23 maggio 2005 del dr. med. _____, non le aveva ritenute invalidanti (cfr. perizia del 23 maggio 2005, ad esempio doc. AI 48-10:” (...) Sa benissimo che dopo il colloquio con me avrà un gran mal di testa ” [cfr. anche doc. AI 48-11: “ cefalee di tipo tensivo con episodi di emicrania (l’ultimo 6 mesi fa)”] , cfr. pure, abbondanzialmente, il doc. AI 82-5, ossia l’attestato del 6 maggio 2009 del dr. med. _____: “ cefalee croniche di tipo tensivo con episodi di emicrania ” e “ Come sai la paziente venne a più riprese valutata in passato nel nostro servizio (l’ultima volta in agosto 2007) per una sintomatologia polialgica insorta dopo un incidente della circolazione con trauma cervicale indiretto (1998). E’ nota per cefalee con caratteristiche miste, in passato con episodi relativamente frequenti di emicrania, a tratti accompagnati da auree visive ” e doc. AI 82-6: “ Sul piano strettamente neurologico la paziente presenta “unicamente” un’emicrania con rare auree visive associata a delle cefalee tensive, aggravate in un contesto di dolori diffusi a carattere fibromialgico ”). Il dr. med. _____ non rende verosimile un loro peggioramento. Quanto al prospettato ricovero presso la Clinica di _____ per un periodo di cure del dolore cronico e della depressione, non può essere preso in considerazione sia perché non è stato prodotto alcun certificato in merito a questo prospettato ricovero, sia perché è comunque avvenuto successivamente all’emissione della decisione impugnata che delimita temporalmente il potere cognitivo del giudice delle assicurazioni sociali (doc. C: “ A questo proposito abbiamo recentemente richiesto in accordo con il medico curante la Dott.ssa _____ un ricovero presso la Clinica di _____ per un periodo di cure del dolore cronico e della depressione ”, sottolineatura del redattore; cfr. del resto la perizia psichiatrica del 23 marzo 2005 [doc. AI 42-3] dove emerge che “ dal 2003 ella si reca una volta all’anno presso la Clinica di _____ (...) ”). Infine, la sola circostanza che l’interessata nel frattempo è anche seguita dal dr. med. _____ per un ipotiroidismo non sostituito (doc. C), non è sufficiente per ritenere un peggioramento dello stato di salute. Del resto il dr. med. _____ nulla dice circa una qualche influenza di questa specifica patologia endocrina sulla capacità lavorativa della ricorrente, la quale è ritenuta completamente invalida dallo specialista a causa delle sole patologie neurologiche e psichiatriche (doc. C: “ La paziente è completamente invalidata da questo intreccio di patologie neurologiche psichiatriche ”, sottolineature del redattore; cfr. anche sentenza 8C_716/2011 del 5 gennaio 2012, consid. 3.3). Alla luce di quanto sopra esposto, come evidenzia anche il medico SMR, dr. med. _____, dal rapporto del dr. med. _____ non è possibile stabilire una sostanziale modifica dello stato di salute dell’assicurata rispetto a quanto deciso precedentemente. A questo riguardo va ricordato che per l’art. 59 cpv. 2bis LAI i servizi medici regionali sono a

disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso del nuovo disposto come pure del nuovo art. 49 OAI risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita. Questi ultimi, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono quindi chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAI deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (v. sentenza 9C_9/2010 del 29 settembre 2010, 9C_323/2009 del 14 luglio 2009 consid. 4.2, in SVR 2009 IV n. 56 pag. 174, con riferimenti). In queste condizioni questo Tribunale ritiene che non sia stato reso verosimile un peggioramento dello stato di salute con influenza rilevante sulla capacità lavorativa della ricorrente rispetto alla situazione esistente in precedenza. Anche il medico SMR, dr. med. _____, ha sottolineato l'assenza di documentazione medica che rende verosimile una sostanziale modifica dello stato di salute dell'assicurata e quindi l'attestazione di un'inabilità totale del dr. med. _____ (doc. C) è un diverso apprezzamento di una situazione invariata. La differente valutazione medica è spiegabile con la diversità degli incarichi assunti (a scopo di trattamento piuttosto che di perizia: cfr. anche sentenza 9C_949/2010 del 5 luglio 2011). In conclusione, a giusta ragione, in assenza di documenti atti ad attestare un peggioramento dello stato di salute con influenza sul grado d'invalidità, l'UAI non è entrato in materia sulla nuova richiesta. 10. 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. Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi 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.