

TI_GERICHTE 32.2014.182 vom 28. Oktober 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-10-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.182

FR: TI_GERICHTE 32.2014.182 du 28 octobre 2014

IT: TI_GERICHTE 32.2014.182 del 28 ottobre 2014

Erwägungen

E. 28

cpv. 2 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, 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 ch'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, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84).

Nel confronto dei redditi la giurisprudenza - di regola - non tiene conto di fattori estranei all'invalidità, come ad esempio la formazione professionale, le attitudini fisiche e psichiche e l'età dello assicurato (RCC 1989 p. 325; DTF 107 V 21; Scartazzini, op. cit, p. 232). 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 TFA 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; DTF 114 V 313).

Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (cfr. DTF 129 V 222).

2.2. Secondo l'art. 87 cpv. 2 OA se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o di grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni.

Qualora la rendita, l'assegno per grandi invalidi o il contributo per l'assistenza siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente, perché non è stata riconosciuta una grande invalidità o perché il bisogno di aiuto era troppo esiguo per avere diritto al contributo per l'assistenza, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se sono soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 2 (art. 87 cpv. 3 OAI).

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; 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, Universitäts-verlag 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 LPGA, 41 vLAI, art. 87ss.OAI; VSI 1999 pag. 8; Rüedi, Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrenten-revisionen, in Schaffauer/Schlauri, Die Revision von Dauer-leistungen, 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 (STFA non pubbl. del 28 giugno 1994 in re P. P. pag. 4; 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; STFA del

E. 29

aprile 1991 nella causa G.C., consid. 4).

Nell' sentenza pubblicata in DTF 130 V 64, il TFA ha precisato che se 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 è 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 (STFA dell'8 marzo 2006 nella causa J. [I 734/05]);

Il TF nella sentenza 8C_716/2011 del 5 gennaio 2012 ha precisato:

■()

che il grado della prova richiesto dall'art. 87 cpv. 3 OAI è attenuato in quanto non è necessario che l'amministrazione raggiunga il convincimento, nel senso di una prova piena, che rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato sia effettivamente subentrata una modifica rilevante. Basta piuttosto che sussistano almeno certi indizi a favore della circostanza invocata, ferma restando comunque la possibilità che la modifica invocata venga poi smentita da un più attento esame (v. sentenza 9C_68/2007 del 19 ottobre 2007 consid. 4.4 con riferimenti; cfr. pure SVR 2003 IV no. 25 pag. 76, consid. 2.2 [I 238/02]).

2.3 La condizione di verosimiglianza posta dall'art. 87 cpv. 3 OAI deve permettere all'amministrazione, che ha precedentemente rifiutato una prestazione o comunque una sua revisione con provvedimento cresciuto in giudicato, di scartare senza ulteriori esami nuove domande con le quali l'assicurato si limita a ripetere gli stessi argomenti, senza allegare una modifica dei fatti determinanti (DTF 125 V 410 consid. 2b pag. 412; 117 V 198 consid. 4b pag. 200 con riferimenti). Adita con una nuova domanda, l'amministrazione deve così cominciare con l'esaminare se le allegazioni dell'assicurato sono, in maniera generale, plausibili. Se ciò non è il caso, può liquidare l'istanza senza ulteriori indagini con un rifiuto di entrata in materia. A tal proposito occorre precisare che quanto più breve è il lasso di tempo trascorso dalla decisione precedente, tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezzerà la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato. Su questo aspetto, essa dispone di un certo potere di apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare (DTF 109 V 108 consid. 2b pag. 114; cfr. pure SVR 2003 IV no. 25 pag. 76, consid. 2.2). Giudice che per il resto deve limitarsi ad esaminare la situazione secondo lo stato di fatto che si presentava al momento in cui l'amministrazione ha statuito (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 52/03 del 16 gennaio 2004 consid. 2.2).

Secondo la cifra 5004 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione per l'invalidità (CIGI) i principi di revisione si applicano alle rendite correnti d'invalidità; alle rendite correnti di vecchiaia versate per invalidità del / della

coniuge, oppure se una rendita è stata respinta per insufficiente grado d'invalidità. La persona assicurata deve, nella sua nuova domanda di rendita, rendere plausibili i motivi della revisione (art. 87 cpv. 4 OAI; cfr. N. 2026 e N. 5013; RCC 1984 p. 355 e 364, 1983 p. 491, 1981 p. 123).

La cifra 5005 CIGI prevede che esiste un motivo di revisione, ossia una modifica della situazione determinante per il diritto alle prestazioni, in particolare nei seguenti casi: miglioramento o peggioramento (p. es. anche in caso di una cronicizzazione; RCC 1989 p. 282) dello stato di salute; la ripresa o la cessazione dell'attività lucrativa; l'aumento o la diminuzione del reddito d'invalido o di persona non invalida; la modifica della capacità di svolgere le mansioni consuete (ad. es. aumento della capacità lavorativa di una persona attiva nella propria economia domestica grazie all'impiego di mezzi ausiliari).

Infine secondo la cifra 5014, l'Ufficio AI verifica la plausibilità della domanda: se la persona assicurata non ha motivato plausibilmente la domanda di revisione, l'Ufficio AI non entra nel merito della domanda, non procede ad accertamenti ed emana una decisione di non entrata in materia (RCC 1985 p. 332, 1984 p. 364, 1983 p. 382).

2.3. Nel caso in esame, avendo l'UAI emanato una decisione di non entrata in materia, il TCA è unicamente chiamato a stabilire se l'amministrazione ha correttamente oppure no rifiutato di esaminare il merito della richiesta.

Dal punto di vista psichico, le condizioni di salute del ricorrente erano state invece indagate dal Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale aveva concluso che egli non presentava alcuna diagnosi psichiatrica, segnatamente alcun disturbo somatoforme da dolore cronico (cfr. doc. AI 51-1).

Le conclusioni dell'UAI possono essere fatte proprie dal TCA.

Non essendo stata resa verosimile una notevole modifica nelle condizioni di salute e/o economiche dell'assicurato, secondo questo Tribunale, giustamente l'UAI non è entrato nel merito della nuova richiesta di prestazioni.

Ciò non toglie che, ritenuto come il presente giudizio non pregiudica eventuali suoi diritti nei confronti dell'AI insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento in lite, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4), il ricorrente ha se del caso la facoltà di presentare un'ulteriore nuova domanda di prestazioni, adducendo una rilevante modifica della situazione valetudinaria ed allegando la pertinente documentazione medica relativa ad eventuali nuovi o maggiori disturbi che potrebbero influire sul grado d'inabilità.

E. 31

gennaio 2011 del Dr. _____, spec. FMH in reumatologia, il quale aveva diagnosticato una gonartrosi prevalentemente mediale a destra in esiti di meniscectomia laterale parziale e di resezione parziale del corno posteriore del menisco mediale, una lesione del legamento crociato anteriore a destra, come pure obesità (doc. AI 49-7). Secondo il perito, l'assicurato era in grado di riprendere il lavoro di operaio agricolo con però una riduzione di rendimento del 20%, mentre in un'attività alternativa adeguata - leggera per quanto riguarda il sollevamento/trasporto di carichi, da svolgere in posizione prevalentemente seduta e in cui non debba spostarsi per oltre 50 metri oppure su terreno accidentato (cfr. doc. 49, p. 9) -, l'insorgente aveva una capacità lavorativa completa con un rendimento massimo del 100%, già a contare dal 1° aprile 2010 (doc. AI 49-8). Dal punto di vista psichico, le condizioni di

salute del ricorrente erano state invece indagate dal Dr. _____, spec. FMH in psichiatria e psicoterapia, il quale aveva concluso che egli non presentava alcuna diagnosi psichiatrica, segnatamente alcun disturbo somatoforme da dolore cronico (cfr. doc. AI 51-1). Con la nuova domanda di prestazioni del 27 maggio 2014 l'assicurato ha prodotto un rapporto del 29 aprile 2014 del Dr. _____ e del Dr. _____ della _____ di _____ che hanno diagnosticato: "Persistierende anteriore Knieschmerzen rechts mit/bei: - VKB-Ruptur vom 24.07.2009 - Pa-Translations- und Innenrotationsinstabilität - St. n. dreimaliger Kniearthroskopie, anamnestisch jeweils mit medialer Teilmenisctomie (am 29.07.2009, 21.12.2009 und 28.03.2013) - tendenziellem Patellatiefstand - schmerzhaftem Springen der Patella beim Übergang Flexion → Extension" (doc. AI 97-1). I sanitari della _____ hanno quindi rilevato quanto segue: " Beurteilung und Prozedere: (vidit et dixit Dr. med. _____) Seit einer Kniedistorsion rechts vor bald 5 Jahren leidet der 50- jährige adipöse Patient unter persistierenden anterioren Knieschmerzen rechts mit Instabilität. Diese manifestiert sich insbesondere in der posteroanterioren Richtung und schwächer auch in der Innenrotation. Unsere Erfahrung zeigt, dass sich solche Konstellationen bei Patienten im mittleren Lebensalter ohne sportlichen Ambitionen mittels konsequentem Muskelaufbau normalerweise kompensieren lassen. Insofern empfehlen wir für 6 Monate ein forciertes Krafttraining in Form einer medizinischen Trainingstherapie zum Aufbau der Knieextensoren und Flexoren. Auf passive Massnahmen durch dem Physiotherapie soll grösstenteils verzichtet werden. Eine erste MTT-Verordnung wurde heute ausgestellt. Wir bitten den Hausarzt um die Ausstellung einer Folgeverordnung in 3 Monaten. Gegebenenfalls wird zum Durchführen der Übungen initial auch eine ausreichende analgetische Therapie notwendig sein. In 6 Monaten erneute klinische und radiologische Kontrolle in unserer Sprechstunde. Was die Versicherungssituation angeht, sind wir durchaus der Ansicht, dass die Beschwerden durch den Unfall vor 5 Jahren hervorgerufen wurden. Insofern bitten wir die Unfallversicherung, die Kosten der medizinischen Trainingstherapie zuübernehmen" (doc. AI 97-2). Il referto della _____ è stato sottoposto alla valutazione del Servizio Medico Regionale (SMR) dell'AI. Nell'annotazione del 18 luglio 2014 il Dr. _____ ha concluso che " l'oggettività clinica è invariata rispetto alla visita precedente con rotula a scatto al passaggio da flessione in estensione del ginocchio destro. Si ritiene che la patologia sia di origine post-traumatica (infortunio di 5 anni or sono). Si propone la continuazione della terapia conservativa. Dal rapporto emerge inoltre che l'assicurato è stato sottoposto ad un'ulteriore meniscectomia sempre al ginocchio destro, la quale ha causato, come i due interventi precedenti analoghi, un'inabilità lavorativa della durata non superiore al tre mesi. Non si giustifica l'entrata in materia " (doc. AI 99-1). L'assicurato ha quindi prodotto, in sede di osservazioni al progetto di decisione del 21 luglio 2014, lo scritto datato 30 giugno 2014 del medico curante Dr. _____, medico generalista, all'indirizzo dell'assicuratore infortuni, che ha ricordato come " in questi anni il sig. RI 1 ha sempre avuto problemi con il ginocchio destro ". Egli ha quindi riferito della visita svolta presso la _____, in cui " si è disposto un piano di cure di fisioterapia e rinforzo muscolare in regime ambulatoriale nell'arco di 6 mesi". Dopo questa cura, precisa sempre il medico curante: " avverrà un nuovo controllo a _____. L'intenzione dei medici è quella di ottenere il massimo risultato con un trattamento conservativo prima di intraprendere nuove misure ". Il Dr. _____ ha quindi invitato l'assicuratore infortuni _____ a riaprire il caso in considerazione del " nesso causale tra l'incidente del 2009 e lo stato attuale clinico del paziente " (doc. AI 103-3). Anche su questo rapporto ha preso posizione il Dr. _____

del SMR non rilevando nuovi elementi per entrare nel merito del caso (doc. AI 106-1). Le conclusioni dell'UAI possono essere fatte proprie dal TCA. Infatti le certificazioni prodotte dal ricorrente, ovvero il referto della _____ e quello del Dr. _____ a non pongono nuove diagnosi e non contengono elementi medici oggettivi atti a rendere verosimile un peggioramento dello stato di salute con influenza sulla sua capacità lavorativa rispetto alla situazione esistente il 12 dicembre 2011, quando è stata emessa la decisione di diniego delle prestazioni (doc. AI 78-1). Non permette una diversa valutazione della fattispecie neppure il rapporto di fisioterapia trasmesso a questa Corte il 16 aprile 2015, dal quale emergono cure fisioterapiche e di rinforzo muscolare di natura conservativa (cfr. anche le osservazioni dell'UAI del 24 aprile 2015, doc. XVII). La sola circostanza che il caso sia stato riaperto in ambito LAINF, non è elemento sufficiente per permettere una diversa valutazione della fattispecie che ci occupa. Non essendo stata resa verosimile una notevole modifica nelle condizioni di salute e/o economiche dell'assicurato, secondo questo Tribunale, giustamente l'UAI non è entrato nel merito della nuova richiesta di prestazioni. Ciò non toglie che, ritenuto come il presente giudizio non pregiudica eventuali suoi diritti nei confronti dell'AI insorti in epoca successiva alla data decisiva del provvedimento in lite, il quale delimita il potere cognitivo del giudice (cfr. DTF 130 V 140 e 129 V 4), il ricorrente ha se del caso la facoltà di presentare un'ulteriore nuova domanda di prestazioni, adducendo una rilevante modifica della situazione valetudinaria ed allegando la pertinente documentazione medica relativa ad eventuali nuovi o maggiori disturbi che potrebbero influire sul grado d'inabilità. 2.4. Deve ancora essere verificato se il ricorrente può essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio (cfr. doc. II+bis). Ai sensi dell'art. 61 lett. f LPGA nella procedura giudiziaria cantonale deve essere garantito il diritto di farsi patrocinare. Se le circostanze lo giustificano, il ricorrente può avere diritto al gratuito patrocinio. Tale norma di legge rispecchia sostanzialmente il tenore del vecchio art. 85 cpv. 2 lett. f LAVS, rimasto in vigore sino al 31 dicembre 2002, il quale prevedeva che l'autorità di ricorso doveva garantire il diritto di farsi patrocinare, se del caso, l'assistenza giudiziaria. L'art. 61 lett. f LPGA mantiene il principio che i presupposti del diritto alla concessione dell'assistenza giudiziaria si esaminano sulla base del diritto federale, mentre la determinazione della relativa indennità spetta al diritto cantonale (DTF 110 V 362; Kieser, op. cit., ad art. 61, n. 86, pag. 626). A norma dell'art. 3 cpv. 1 della Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio [LAG], nel tenore in vigore dal 1° gennaio 2011, l'assistenza giudiziaria si estende all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; all'esenzione dalle tasse e spese processuali; all'ammissione al gratuito patrocinio. I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). Nella presente fattispecie la vertenza era palesemente priva di esito favorevole, in quanto la situazione valetudinaria dell'interessato - come espressamente indicato dal medico del SMR - non ha subito delle modifiche rispetto al passato, in grado di giustificare un'entrata in materia. In simili condizioni, non essendo realizzato nel caso in esame uno dei tre presupposti cumulativi, la domanda di assistenza giudiziaria deve quindi essere respinta.