

TI_GERICHTE 32.2014.93 vom 2. Juni 2014

TI Tribunale d'appello, 2014-06-02, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2014.93

FR: TI_GERICHTE 32.2014.93 du 2 juin 2014

IT: TI_GERICHTE 32.2014.93 del 2 giugno 2014

Regeste

Non entrata in materia sulla nuova domanda di prestazioni. Già nella nuova domanda all'Ufficio AI si deve rendere verosimile che il grado di invalidità è modificato in misura rilevante. Atti prodotti col ricorso sono tardivi. Certificati medici non giustificano un peggioramento rilevante di salute

Erwägungen

E. 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 29 aprile 1991 nella causa G.C., consid. 4). 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 (cfr. 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 (DTF 130 V 343 consid. 3.5; STF I 630/06 del 20 giugno 2007, consid. 3; STFA I 734/05 dell'

E. 8

marzo 2006), modificato, ma di identico tenore, dal 1° gennaio 2012. Va ancora rilevato che per quanto concerne gli art. 87 cpv. 3 e 4 OAI (corrispondenti agli attuali art. 87 cpv. 2 e 3 OAI dal 1° gennaio 2012), 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). 4. In concreto, con decisione del 9 settembre 2010 (doc. 33) l'Ufficio AI ha concesso all'assicurato una rendita intera dal 1° febbraio 2006 al 31 dicembre 2007 e una mezza rendita dal 1° gennaio al 31 marzo 2008; dopodiché, con il miglioramento dello stato di salute ed un grado d'invalidità nullo, non gli ha più attribuito una rendita di invalidità. Il 12 febbraio 2013 (doc. 42) l'assicurato, tramite il formulario " Richiesta per adulti: Integrazione professionale/Rendita ", ha inoltrato una nuova domanda allegando della documentazione medica, indicando i nomi dei suoi medici curanti e specificando che il danno alla salute è stato causato da un infortunio (incidente automobilistico nel 2005). L'assicurato ha sostanziato il suo stato di salute producendo 8 certificati medici rilasciati fra il 2010 e il 2014 (doc. 43). Con il ricorso ha poi aggiunto due nuove e recenti attestazioni mediche (docc. A2 e A4). 5. Con sentenza 8C_457/2012 del 9 luglio 2012 (ribadita nella STF 8C_901/2013 del 27 febbraio 2014 consid. 2) 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 fare 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 e da considerare nell'ambito di una nuova domanda (cfr. consid. 3.2) . Nel caso giudicato dall'Alta Corte si trattava di un'assicurata alla quale - dopo che con sentenze del 28 ottobre 2005 e del 4 febbraio 2009, il Tribunale cantonale aveva confermato le rispettive decisioni amministrative con le quali le domande di prestazioni erano state respinte per assenza di grado d'invalidità pensionabile e l'Ufficio AI, con decisione 5 maggio 2010, cresciuta incontestata in giudicato, non era entrato nel merito della nuova domanda del 22 febbraio 2010 -, con decisione del 27 ottobre 2011 era stato confermato il diniego di prestazioni non entrando nel merito della quarta domanda di prestazioni del 20 maggio 2011. Il TF ha giudicato corretto l'agire del Tribunale cantonale che non aveva preso in considerazione la nuova documentazione medica prodotta per la prima volta nella procedura ricorsuale che andava considerata nell'ambito di una nuova domanda nel caso in cui con la stessa fosse stata sufficientemente comprovata una modifica delle circostanze di fatto (" (...) Weiter hat die Vorinstanz zutreffend erwogen, dass die von ihr erst im kantonalen Beschwerdeverfahren neu aufgelegten Arztberichte nicht berücksichtigt werden können,

sondern im Wege einer allfälligen Neuankündigung vorzubringen sind, falls sie eine anspruchrelevante Tatsache glaubhaft machen sollen (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 69; Urteil 8C_177/2010 vom 15. April 2010 E. 6). Auf den angefochtenen Entscheid wird verwiesen (Art. 109 Abs. 3 BGG) (...) ". Nella STF I 734/05 dell'8 marzo 2006 (citata nella STF 8C_177/2010 del 15 aprile 2010) , 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 si 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. Nello spirito della normativa di cui all'art. 87 cpv. 3 OAI (attuale art. 87 cpv. 2 OAI), mezzi di prova che datano successivamente alla decisione di non entrata in materia devono essere sempre prodotti nell'ambito di una nuova domanda di prestazioni rispettivamente di revisione. 6. Da quanto precede discende innanzitutto che le prove prodotte solo in sede di ricorso, ossia i referti del 2 aprile 2014 (doc. A4) del dr. med. _____, FMH neurochirurgia, e del 28 maggio 2014 (doc. A2) del dr. med. _____, FMH reumatologia, non possono essere presi in considerazione nell'ambito della procedura di ricorso, poiché sono stati trasmessi tardivamente (STF 8C_901/2013 del 7 febbraio 2014 consid. 3.2; STF 8C_45/2014 del 20 febbraio 2014 consid. 4.2; STF 8C_457/2012 del 9 luglio 2012 consid. 3.1; STF 8C_177/2010 del 15 aprile 2010; STFA I 734/05 dell'8 marzo 2006). Per quanto concerne gli altri certificati medici prodotti all'amministrazione direttamente - e correttamente - con la richiesta di prestazioni, va qui rilevato che essi portano sullo spazio temporale tra il 2010 e il 2014. Nel 2010 è stata effettuata una scintigrafia cranio facciale, del bacino e di tutto il corpo, valutando il referto compatibile con osteomielite (doc. A9) come pure una risonanza magnetica del bacino anche con mezzo di contrasto, non riscontrando modifiche patologiche del bacino (doc. A8). Il medico curante dr. med. _____, FMH medicina interna, medicina manuale SAMM e agopuntura TCM-ASA, ha concluso che una capacità lavorativa in attività leggere era giustificabile soprattutto a causa delle limitazioni cognitive. A causa dei marcati blocchi cranio sacrali il sollevamento di pesi non era possibile neanche dopo esercizi, perciò i lavori con sollevamento di carichi erano esclusi. Due anni dopo, il 15 maggio 2012 (doc. A6) il dr. med. _____ di _____ ha informato l'assicurato il suo stato di salute e per quanto concerne la capacità lavorativa ha affermato che una leggera attività lavorativa era esigibile dal profilo medico-teorico al massimo al 50%, che il sollevamento di pesi era assolutamente da evitare e che egli doveva alternare l'attività da seduto e da in piedi. Questa prognosi era tuttavia possibile soltanto se l'assicurato avesse coerentemente proseguito il trattamento medico una volta alla settimana, rilevando però che nel Canton Ticino non v'erano possibilità di seguire in modo corretto la terapia proposta. Altrimenti anche per un'attività leggera era indicata un'inabilità lavorativa, come prima, del 100%. Nel gennaio 2013 (doc. A5) questo stesso medico ha ribadito che i problemi dell'assicurato erano dovuti ai marcati blocchi cranio sacrali compatibili con la regione craniale e che con un trattamento specifico l'assicurato si sentiva meglio. Gli ha quindi

suggerito di sottoporsi ad un determinato tipo di trattamento. Il 31 dicembre 2013 (doc. A3) è stata eseguita una risonanza magnetica del bacino e della colonna lombo-sacrale, che ha dato luogo alle diagnosi di disidrosi e degenerazione della struttura discale L4-L5 con fissurazione dell'anulus e protrusione discale che determinano una distensione del legamento longitudinale posteriore ed un'impronta sul sacco durale; non radicolopatie compressive; sofferenza delle articolazioni interapofisarie del tratto L4-S1. Questa documentazione medica è stata sottoposta per una valutazione al dr. med. _____ del Servizio Medico Regionale dell'Ufficio AI, il quale il 13 marzo 2014 (doc. 48) ha evidenziato che la diagnosi posta nel 2013 era di blocco cranio sacrale nella regione craniale, mentre nel 2010 si parlava di osteomielite. A suo dire non v'erano elementi per riconoscere un peggioramento dello stato di salute dell'assicurato esistente dopo l'incidente automobilistico del 2005 che ha comportato la frattura del bacino, trattata con intervento chirurgico. Nelle osservazioni del 18 aprile 2014 (doc. 50) al progetto di decisione del 18 marzo 2014, l'assicurato ha evidenziato di avere beneficiato delle indennità contro la disoccupazione e che le ricerche di lavoro effettuate non hanno portato a nulla visto il suo stato di salute, che non gli ha permesso di riprendere l'attività lavorativa di autista né di esercitare altre professioni a causa della sua scarsa scolarizzazione. Egli ha infine osservato che il suo stato di salute non ha subito miglioramenti e che l'avrebbe comprovato per mezzo di ulteriori accertamenti medici, per effettuare i quali ha chiesto all'amministrazione una proroga del termine di 30 giorni per completare le sue osservazioni. Invocando l'art. 73ter OAI e l'art. 40 LPGA, il 24 aprile 2014 (doc. 51) l'Ufficio AI gli ha tuttavia negato la proroga richiesta. Al riguardo questo Tribunale evidenzia che, come menzionato nella citata STF I 734/05 dell'8 marzo 2006, alla luce dell'affermazione dell'assicurato secondo cui egli era in attesa di sottoporsi a nuovi accertamenti medici utili, implicitamente, a rendere verosimile che il suo stato di salute era peggiorato, l'amministrazione era obbligata a fissare un termine all'assicurato per rendere verosimile detta modifica per mezzo di mezzi di prova supplementari, quali gli atti medici di cui è stato accennato. Ad ogni buon conto, ritenuto che, anche non avendo agito formalmente in tal senso, l'Ufficio AI ha comunque emesso la decisione - qui impugnata - soltanto il 2 giugno 2014, e quindi ben un mese e mezzo dopo che ha informato l'assicurato dell'improrogabilità del termine legale rispettivamente due mesi e mezzo dopo l'emanazione del progetto di decisione prorogando, di fatto, di un mese e 30 giorni di tempo che la legge concede - a cui sono stati inoltre aggiunti 14 giorni per le ferie pasquali -, l'assicurato non è stato in grado di produrre all'amministrazione quanto aveva accennato nelle sue osservazioni. Peraltro, in quell'occasione nemmeno ha prodotto il rapporto del 2 aprile 2014 del dr. med. _____ di cui, verosimilmente, già disponeva nel termine legale di 30 giorni per formulare le sue osservazioni al progetto del 18 marzo 2014, ma l'ha trasmesso - al TCA - soltanto in sede ricorsuale (doc. A4). Quanto al referto del 28 maggio 2014 (doc. A2) del dr. med. _____, malgrado sia antecedente alla data di emanazione della decisione dell'UAI, come detto anch'esso è stato prodotto dall'assicurato soltanto il 28 giugno 2014 insieme all'atto di ricorso e non va dunque ritenuto ai fini della valutazione di un eventuale peggioramento dello stato di salute del ricorrente. A questo proposito si è espresso infine il 7 luglio 2014 (doc. IV/1) anche il dr. med. _____ dell'SMR, il quale ha riassunto gli atti medici del 2010, del 2013 e del 2014, concludendo per l'inesistenza di un danno che giustificasse un'inabilità lavorativa come autista. A suo dire, la presenza di una problematica lombare di tipo degenerativo senza conflitti radicolari non giustificava un'incapacità lavorativa prolungata per l'attività di autista di piccoli bus. 7. In conclusione, la valutazione del medico SMR va dunque

condivisa e, pertanto, accertato come con la nuova domanda del 12 febbraio 2014 non è stato in alcun modo reso verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni, né è stato validamente fatto riferimento a mezzi di prova non ancora prodotti o da richiedere dall'amministrazione atti a rendere verosimile l'asserita modifica, è a giusta ragione che l'Ufficio AI non è entrato nel merito della richiesta di prestazioni del ricorrente. In queste condizioni, non avendo l'assicurato reso verosimile una rilevante modifica del suo stato di salute, la decisione di non entrata in materia va confermata ed il ricorso respinto. Per quanto concerne, infine, l'affermazione del ricorrente secondo cui l'Ufficio AI dovrebbe sottoporlo ad una perizia medica specialistica, alla luce della giurisprudenza esposta la stessa non può condurre all'erezione di una perizia (pluridisciplinare) da parte dell'amministrazione e/o ordinata da questo Tribunale come perizia superpartes, visto che si tratterebbe inoltre di mezzi di prova emersi successivamente alla nuova richiesta di prestazioni di invalidità. 8. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e 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 Fr. 200.- e Fr. 1'000.- 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 complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico dell'insorgente.

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