

TI_GERICHTE 32.2015.31 vom 21. Januar 2015

TI Tribunale d'appello, 2015-01-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2015.31

FR: TI_GERICHTE 32.2015.31 du 21 janvier 2015

IT: TI_GERICHTE 32.2015.31 del 21 gennaio 2015

Regeste

Nuova richiesta di prestazioni rifiutata con una non entrata in materia, non essendo stato reso verosimile un peggioramento. Il certificato medico prodotto dal ricorrente all'UAI è ininfluenza, visto che nemmeno stabilisce un grado di incapacità lavorativa. Confermata la non entrata in materia

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 9C_662/2014 del 23 aprile 2015 consid. 4.2; STF 8C_716/2011 del 5 gennaio 2012 consid. 2.2 e 2.3; STF 9C_688/2007 del 22 gennaio 2008; STF I 55/07 del 26 novembre 2007; SVR 2002 IV Nr. 10 consid 1c/aa). 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 19 novembre 2012 (doc. 240) l'Ufficio AI ha soppresso il diritto ad un quarto di rendita, avendo calcolato un grado di invalidità del 34% e quindi inferiore al grado minimo (40%). Il 15 settembre 2014 (doc. 256) il rappresentante dell'assicurato ha scritto all'Ufficio AI chiedendo di riaprire il caso, ritenendo che lo stato di salute dell'interessato fosse peggiorato e che vi fossero anche dei problemi psicologici gravi. Nel termine, prorogato di quasi due mesi (doc. 263), entro cui formulare le proprie osservazioni al progetto di decisione, l'assicurato ha sostanzialmente il suo stato di salute producendo il rapporto del 24 dicembre 2014 (doc. F) del dr. med. _____, sul quale si è subito pronunciato dapprima il dr. med. _____ (doc. 267), poi il dr. med. _____ (doc. 269), siccome specialista in psichiatria, entrambi attivi presso il Servizio Medico Regionale. In seguito, l'assicurato ha prodotto i certificati del dr. med. _____, suo medico curante, anch'essi vagliati dal secondo medico SMR intervenuto. Con il ricorso l'interessato ha prodotto delle nuove attestazioni di aprile (doc. E) e di settembre 2014 (doc. D) relative all'esame della colonna lombare rispettivamente delle spalle, oltre al già noto referto del dr. med. _____, mentre pendente causa non ha trasmesso altri rapporti medici. Su questi nuovi documenti il dr. med. _____ dell'SMR ha preso posizione il 23 febbraio 2015 (doc. IV/1), ritenendo che non risultava verosimilmente documentata una sostanziale modifica dello stato di salute con prolungato influsso sulla capacità lavorativa. 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 Neuanmeldung vorzubringen sind, falls sie eine anspruchsrelevante 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 il referto del 24 aprile 2014 (doc. E) del dr. med. _____ del Servizio di radiologia dell'Ospedale _____ di _____ e il rapporto del 29 settembre 2014 (doc. D) del dr. med. _____ dell' _____ di _____ - peraltro incompleto siccome manca la firma del medico -, prodotti solo in sede di ricorso, non possono essere presi in considerazione nell'ambito della procedura di ricorso, poiché trasmessi tardivamente; possono essere oggetto di nuova domanda (STF 8C_901/2013 del 27 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), sebbene non riferiscano di un'incapacità lavorativa del ricorrente e siano già stati vagliati da un medico dell'SMR (doc. IV/1). Occorre invece analizzare il certificato medico del 24 dicembre 2014 (doc. F) trasmesso - correttamente - all'amministrazione, anche se non direttamente con la nuova richiesta di prestazioni, ma dopo un'abbondante proroga del termine ottenuta per inoltrare le proprie osservazioni. Un solo certificato è stato dunque prodotto dall'assicurato unitamente alla nuova domanda di prestazioni, ma si tratta di un certificato medico del tutto ininfluenza, giacché il dr. med. _____, FMH psichiatria e psicoterapia, ha esposto l'anamnesi familiare, personale e professionale, lo status psicopatologico, la diagnosi, la valutazione e il procedere e infine la terapia in atto. Lo specialista ha posto la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente di entità lieve (ICD-10; F33.0). Nella sua valutazione, lo psichiatra ha indicato trattarsi di un soggetto che ha presentato una problematica depressiva reattiva dovuta anche al mancato riconoscimento da parte di un assicuratore delle indennità di perdita di guadagno. A dire dell'interessato, le

problematiche lombari e osteoarticolari non sarebbero state riconosciute dai periti assicurativi come significativamente invalidanti e questo ha provocato una tensione interna tale da richiedere un sostegno per aiutarlo a gestire questo momento difficile. Già dal 1999 al 2001 l'assicurato aveva avuto bisogno di un trattamento psichiatrico a seguito del divorzio. Ora è stato deciso di iniziare un trattamento psicoterapeutico e psichiatrico integrato, che prevedeva incontri settimanali aventi l'obiettivo di creare un'alleanza e dare spazio all'interessato per potere esprimere le emozioni e imparare a gestirle anche con l'ausilio della tecnica del rilassamento del training autogeno. Infine, è stata indicata la terapia farmacologica prescritta. Questo rapporto medico è stato sottoposto per una valutazione al dr. med. _____, anch'egli specialista in psichiatria e psicoterapia attivo presso il Servizio Medico Regionale dell'Ufficio AI. Il 19 gennaio 2015 (doc. 269) l'esperto ha evidenziato che la diagnosi indicata non implica di per sé un'inabilità lavorativa per esclusivi motivi psichici. Inoltre, il parere del collega non ha oggettivato delle limitazioni funzionali di ordine psichico rispettivamente lo psichiatra non si è espresso in termini di inabilità lavorativa né ha descritto una terapia medicamentosa di interesse psichiatrico. Pertanto, questo documento non permetteva di oggettivare limitazioni funzionali psichiche in qualsiasi attività rispettosa di eventuali limiti funzionali somatici. Anche il dr. med. _____ dell'SMR ha evidenziato il 23 febbraio 2015 (doc. IV/1) che la problematica psichica era di recentissimo riscontro con forte componente reattiva e di limitata entità e inoltre non v'era nessuna incapacità lavorativa prolungata. Egli ha quindi concluso che non risultava verosimilmente documentata una sostanziale modifica dello stato di salute con prolungato influsso sulla capacità lavorativa. 7. Alla luce dei certificati medici suesposti, il TCA ritiene che le valutazioni dei medici SMR intervenuti devono essere condivise. In effetti, nel rapporto del 24 dicembre 2014 il dr. med. _____ non ha apportato alcun nuovo elemento medico influente sulla capacità lavorativa dell'assicurato, tanto che nemmeno ha stabilito un grado di incapacità lavorativa del suo paziente. Già solo per questo motivo, la tesi del ricorrente secondo cui “ i diversi disturbi psicologici, in associazione alle patologie somatiche di cui soffre il predetto, determina un'inabilità lavorativa del 50% ” (doc. I), non può essere accolta. Per di più, contrariamente a quanto sostenuto dall'assicurato, il suo psichiatra nemmeno ha diagnosticato dei disturbi comportamentali. Il TCA fa dunque proprie le affermazioni e le conclusioni a cui è giunto il medico SMR e ritiene che non è stato oggettivato un peggioramento dello stato di salute del ricorrente, né dal profilo psichico né dal profilo somatico (va a quest'ultimo proposito ricordato che, sebbene i certificati prodotti con il ricorso siano tardivi, ad ogni buon conto essi non attestano un'inabilità lavorativa). Nessun medico intervenuto ha infatti evidenziato uno stato di salute peggiore rispetto a quello accertato durante la procedura di revisione avviata nel 2010 e sfociata con la decisione di soppressione della rendita del 2012. Accertato come con la nuova domanda di prestazioni del 15 settembre 2014 non è stato in alcun modo reso verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alla rendita, 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 dell'assicurato. In queste condizioni, la decisione di non entrata in materia va confermata e il ricorso respinto. 8. Per quanto concerne, infine, la richiesta ricorsuale in via subordinata di fare esperire una “ perizia arbitrale in caso di dubbio ”, 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

da una parte è già stato reso verosimile, a mano della documentazione prodotta in sede amministrativa, che non v'è stata una modifica rilevante del suo stato di salute; d'altra parte, si tratterebbe inoltre di mezzi di prova emersi successivamente alla nuova richiesta di prestazioni di invalidità e quindi, per definizione, tardivi. 9. 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.