

## **TI\_GERICHTE 32.2017.195 vom 11. Oktober 2017**

TI Tribunale d'appello, 2017-10-11, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2017.195](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2017.195)

FR: TI\_GERICHTE 32.2017.195 du 11 octobre 2017

IT: TI\_GERICHTE 32.2017.195 del 11 ottobre 2017

### **Regeste**

Decisione di non entrata nel merito di una nuova domanda di prestazioni dell'assicurato.  
TCA conferma

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; in argomento vedi anche Meyer/Reich-muth, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 30/31, pag. 430-433). 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 (DTF 130 V 64 consid. 5.2.5). 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, il nuovo tenore dell'art. 87 OAI valido dal 1° marzo 2004 (STF I 630/06 del 20 giugno 2007, consid. 3 con riferimenti; DTF 130 V 343 consid. 3.5) e l'entrata in vigore il 1. gennaio 2012 dei cpv. 2 e 3 dell'art. 87 OAI corrispondenti ai precedenti cpv. 3 e 4 dello stesso articolo. 2.4. Nell'ambito dell'art. 87 cpv. 2 e 3 OAI 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; STF 8C\_716/2011 del 5 gennaio 2012; STF 9C\_667/2010 del 28 aprile 2011, STF 9C\_688/2007 del 22 gennaio 2008 tutte con riferimenti). Più la precedente decisione è distante nel tempo, meno esigenze sono poste alla verosimiglianza ex art. 87 cpv. 2 e 3 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.

### **E. 3**

) . In questo senso nella succitata STF 8C\_716/2011 del 5 gennaio 2012 il TF ha, in particolare, rilevato che “(...) 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). (...)” (STF 8C\_716/2011 del 5 gennaio 2012, consid. 2.3). 2.5. Nel caso in esame, una prima domanda di prestazioni del 19 dicembre 2012 è stata respinta mediante una decisione del 22 aprile 2013, con la quale l'amministrazione aveva stabilito che l'assicurato non aveva presentato alcun periodo d'inabilità nella sua abituale attività lavorativa con un conseguente grado di invalidità nullo, potendo svolgere in misura completa la sua abituale attività lavorativa (doc. AI 29). Mediante comunicazione del 28 febbraio 2013 l'Ufficio AI aveva in ogni modo riconosciuto un provvedimento d'intervento tempestivo nella forma di valutazione ergonomica sul posto di lavoro e, quindi, mezzi ausiliari quali una sedia ergonomica e un cuscino per sostegno lombare (doc. AI 25). La decisione del 22 aprile 2013 teneva conto delle seguenti evenienze. Nell'ambito della prima domanda di prestazioni l'assicurato aveva evidenziato la presenza di una sindrome lombovertebrale cronica. L'amministrazione aveva quindi interpellato i curanti e acquisito la necessaria documentazione medica. Il 19 marzo 2012 la dr.ssa \_\_\_\_\_ aveva attestato la presenza di una “Sindrome lombovertebrale cronica recidivante in alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide lombare, disturbi statici del rachide (scoliosi-sinistro convessa lombare), dismetria arti inferiori per esiti di frattura femore sinistro trattata conservativamente nel 1972 e varismo del ginocchio sinistro.” La curante non aveva attestato alcuna inabilità lavorativa pur sconsigliando al paziente sia lavori di tipo statico sia attività che richiedono movimenti ripetitivi di anteflessione e rotazione del tronco, rispettivamente l'estensione prolungata del rachide, così come lavori considerati di tipo pesante ed il sollevamento ripetuto di pesi superiori ai 15kg (doc. AI 14). Dal canto suo il 10 dicembre 2012 il dr. \_\_\_\_\_, reumatologo curante, aveva attestato che il problema era costituito dal fatto che il paziente sul posto di lavoro doveva eseguire delle mansioni non adatte ad una patologia degenerativa sintomatica al cinto lombosacrale, con ovviamente possibilità di riacutizzazione dei sintomi (doc. AI 14). Richiesto in merito, il datore di lavoro aveva dal canto suo affermato che l'assicurato non aveva mai presentato un'inabilità lavorativa dovuta ai problemi di salute da lui adottati (doc. AI 20). Infine, l'ergoterapista \_\_\_\_\_ il 6 febbraio 2013 aveva indicato i diversi problemi che l'assicurato incontrava durante la sua attività lavorativa, suggerendo le disposizioni da seguire sul luogo di lavoro. Tutto ben valutato quindi il medico SMR, nel rapporto finale del 5 marzo 2013, poste le diagnosi di “Sindrome lombovertebrale cronica recidivante in: alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide lombare, disturbi statici del rachide (scoliosi-sinistro convessa lombare), dismetria arti inferiori per esiti di frattura femore sinistro trattata conservativamente nel 1972, varismo del ginocchio sinistro”, ha

riassunto come segue la situazione: " Procedura IT. L'A. è in attività in qualità di impiegato di banca. Il 19.03.12 la dottoressa \_\_\_\_\_ attesta: al paziente sono sconsigliati sia lavori di tipo statico sia attività che richiedono movimenti ripetitivi di anteflessione e rotazione del tronco, rispettivamente l'estensione prolungata del rachide. Sono inoltre sconsigliati tutti i lavori considerati di tipo pesante ed il sollevamento ripetuto di pesi che superano i 15kg. Il 10.12.12 il dottor \_\_\_\_\_ reumatologo curante attesta: il problema principale del paziente è il suo posto di lavoro dove deve eseguire delle mansioni non adatte ad una patologia degenerativa sintomatica al cinto lombosacrale, con ovviamente possibilità di riacutizzazione dei sintomi. Il 22.01.13 il DL invia questionario in cui annota: In questi anni di collaborazione con il nostro Istituto, il dipendente non ha mai presentato un'inabilità lavorativa dovuta ai problemi di salute da lui adottati. Il 06.02.13 \_\_\_\_\_ ergoterapista annota: l'A. riferisce di non pensare ai problemi della zona lombare della schiena e di non avere un'attività specifica che acutizza i dolori. Ma questi quando si presentano sono costanti e lo limitano in tutte le attività che deve svolgere. Le maggiori difficoltà si presentano nel mantenere una certa postura per un certo periodo di tempo o quando vi sono dei pesi da trasportare all'ultimo piano dello stabile che non è raggiungibile con l'ascensore o contenitori da caricare/scaricare in auto di un peso non superiore ai 20 kg. Durante le attività al computer la postura del Signor RI 1 non è ergonomica. L'A. consegna anche la posta nelle altre sedi del \_\_\_\_\_ e questo prevede degli spostamenti in automobile, il sedile dell'auto non dà un grande sostegno lombare. Le mansioni sono molteplici e non si svolgono in un'unica postazione per questo ho istruito l'A. su come abbassarsi, sollevare dei pesi e consigliato di suddividere i carichi quando questi richiedono troppo sforzo. Ho inoltre consigliato di sedersi in una maniera più ergonomica in attesa della sedia. Possibili mezzi ausiliari: sedia ergonomica: per favorire una seduta corretta, con un buon sostegno lombare, cuscino di sostegno lombare da utilizzare durante gli spostamenti in auto e per sostenere la zona lombare. Il 27.02.2013 l'UAI conferma l'acquisto di una sedia ergonomica e di un cuscino per il sostegno lombare. (doc. AI 27) Ha quindi concluso che non vi era alcuna inabilità lavorativa certificata. All'assicurato erano quindi sconsigliati " posizioni statiche prolungate, attività che richiedono movimenti ripetitivi di anteflessione e rotazione del tronco rispettivamente l'estensione prolungata del rachide, tutti i lavori considerati di tipo pesante, il sollevamento ripetuto di pesi che superano i 15kg". A titolo conclusivo il medico SMR ha osservato che " l'assenza di IL certificata e l'attestazione dell'A di non avere un'attività specifica che acutizza i dolori, dovrebbero rendere sufficienti le istruzioni suggerite dall'ergoterapista e l'utilizzo dei mezzi ausiliari forniti a ridurre le problematiche riferite "(doc. AI 27). Sulla base di questa valutazione l'amministrazione ha respinto la domanda di prestazioni, negando il diritto ad una rendita di invalidità e provvedimenti professionali, con provvedimento del 22 aprile 2013, motivando: " Esito degli accertamenti: Dalla documentazione medica raccolta in fase d'istruttoria, esaminata dal Servizio Medico Regionale (SMR), abbiamo potuto appurare che lei non ha presentato alcun periodo d'inabilità lavorativa nella sua abituale attività. In assenza di un'inabilità lavorativa certificata e l'utilizzo dei mezzi ausiliari forniti constatato un grado AI nullo. Decidiamo pertanto : Non essendo assoluta la condizione connessa all'anno d'incapacità lavorativa con una media almeno del 40% senza notevoli interruzioni e con una conseguente perdita di guadagno, presupposto indispensabile ai sensi dell'art. 28 cpv 1 lett. b LAI, il diritto ad una rendita d'invalidità non esiste. In assenza di un grado d'invalidità, e potendo svolgere in misura completa la sua abituale attività lavorativa, non esistono neppure i presupposti per attuare dei provvedimenti d'integrazione professionale." (doc. AI 29) In occasione della

nuova domanda di prestazioni del 30 agosto 2017 l'assicurato ha segnalato l'insorgenza anche di problemi cervicali per i quali era in cura da settembre 2016. In sede di osservazioni al progetto di decisione di non entrata nel merito del 1 settembre 2017, ha fatto pervenire nuova documentazione medica, segnatamente uno scritto indirizzatogli dal dr. \_\_\_\_\_ il 22 febbraio 2016 del seguente tenore: " Sulla base di quanto discusso il 16 febbraio 2016, posso confermarle che, anche dopo la rivalutazione anamnestica-clinica dei suoi dolori lombari cronici recidivanti, l'attività lavorativa che può svolgere non deve essere troppo statica, non può richiedere movimenti ripetitivi di anteflessione e rotazione del tronco rispettivamente di estensione prolungata del rachide; deve essere un lavoro che non sollecita a ripetizione la colonna vertebrale lombare, per cui i carichi sollevati e trasportati devono risultare leggeri, di media non dovrebbero superare i 10 kg. Come concordato ho inoltre richiesto una visita di seconda opinione presso un collega reumatologo di grandissima esperienza, essendo da quasi 25 anni a capo del policlinico di reumatologia dell'ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_; si tratta del Dr. \_\_\_\_\_ del quale le avevo parlato e che dovrebbe convocarla nel corso delle prossime settimane; il Dr. \_\_\_\_\_ padroneggia abbastanza bene l'italiano, per cui le sarei molto grato se potesse, al momento del consulto, formulargli tutte le domande che le stanno a cuore, in modo da avere il massimo da questa visita oltre Gottardo. Ovviamente dovrà portare tutta la documentazione radiologica finora allestita alla visita menzionata." (doc. AI 33) Il dr. \_\_\_\_\_, reumatologo, dopo aver visitato l'assicurato il 24 maggio 2016, ha dal canto suo attestato: " Diagnosen 1. Lumbalbetontes paravertebrales Syndrom bei . Wirbelsäulenfehlform (Flachrücken) mit Haltungsinsuffizienz . segmentalen Dysfunktionen . geringen degenerativen Veränderungen Beurteilung Aufgrund der Anamnese, der klinischen Befunde und der vorgängigen Abklärungen kann ich die Diagnose eines lumbalbetonten Panvertebralsyndroms nur bestätigen. Prädisponierend besteht eine Wirbelsäulenfehlform mit entsprechender Haltungsinsuffizienz und segmentalen Dysfunktionen zervikal, costovertebral und lumbal. Die Einlagen mit Erhöhung zum Ausgleich eines angeblichen Beckenschiefstandes sind unnötig, da keine klinisch relevante Beinlängendifferenz besteht. Nach manueller Mobilisation aller Wirbelsäulenabschnitte, war die Beweglichkeit schmerzfrei, zur Kräftigung ohne Mobilisation wurden Übungen zur Kräftigung der Abdominalmuskulatur und mittels Theraband der Nacken- Schultergürtelmuskulatur instruiert. Es wäre günstig, wenn bei segmentalen Dysfunktionen jemand mittels manueller Mobilisation diese deblockieren könnte, der Patient wird dies bei der nächsten Kontrolle bei dir nachfragen." (doc. AI 33) L'assicurato ha inoltre prodotto un rapporto allestito il 17 luglio 2017 dal chiropratico dr. \_\_\_\_\_ del seguente tenore: " Al 1.9.2016 il summenzionato paziente si presentò nel mio ambulatorio accusando dolori e rigidità cervicali e dolori lombosacrali. È stato in cura dal Dr. \_\_\_\_\_ e alla Clinica Universitaria \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_. Le cure eseguite consistevano in esercizi e manipolazioni. Il mio esame ha confermato una rigidità cervicale, specialmente nella rotazione verso la sinistra con dolore nella fase estrema del movimento. Riflessi tendinei delle estremità superiori normo vivaci, forza e sensibilità intatte. Dolenza alla palpazione dell'articolazione lombosacrale, Lasègue e Fabere normali. La mia cura con manipolazioni cervicali CO-C2 e L5-S1 hanno dato un buon esito. La cura fu chiusa al 10.10.2016. L'esame ha rilevato tensioni muscolari ai trapezii e levatores scapulae. La mobilità cervicale era intatta. Ho ripreso le manipolazioni cervicali che però non sembravano dar esito positivo come l'anno scorso. Ho richiesto un esame radiologico cervicale dal Radiologo Dr. \_\_\_\_\_. Come si legge sul suo rapporto non esistono alterazioni o patologie che potrebbero impedire una buona guarigione. Perciò

ho continuato la cura aggiungendo la trazione intermittente cervicale. Al 19.6.2017 abbiamo chiuso il caso con un buon esito. Al 13.7.2017 il paziente si presentò di nuovo con disturbi cervicali, più nella parte inferiore della colonna, sempre quando va in bici e anche qualche episodio doloroso lombosacrale. Ho trovato qualche dolenza ai segmenti C7 e D1. Ho suggerito di cambiare l'altezza della guida della bicicletta per cambiare la postura mentre fa il suo sport. La mia cura adesso è diretta verso la muscolatura e colonne cervicale inferiore. Spero che abbia entro la fine del mese di nuovo sollievo dalle sue sofferenze. Sugerirei dopo un controllo regolare mensile per qualche tempo per evitare recidive acute nel futuro.” (pag. 130-131 incarto AI) Ha pure prodotto uno scritto inviatogli dal dr. \_\_\_\_\_ il 28 agosto 2017 del seguente tenore: " Egregio Signor RI 1 Le riassumo l'esame reumatologico del 25.8.2017. Diagnosi: Sindrome cervicospondilogenica cronica recidivante prevalentemente a sinistra, in - Alterazioni degenerative plurisegmentali - Disturbi statici del rachide - Sbilancio muscolare Valutazione / Decorso: Rammento di averla da ultimo avuto in cura per una sindrome lombovertebrale cronica recidivante, in alterazioni degenerative plurisegmentali del rachide lombare, disturbi statici della colonna vertebrale, decondizionamento e sbilancio muscolare; quest'ultima sintomatologia, alle misure chiropratiche praticate dal Dr. \_\_\_\_\_ a partire da settembre 2016, si è fortunatamente calmata, premesso che non debba fare sforzi; purtroppo a partire da settembre 2016 sono insorti dolori cervicali, soprattutto andando in bicicletta nel corso del mese di giugno-luglio 2017, nel frattempo manifesti anche senza questa attività sportiva; li risente stiranti bilaterali, soprattutto a sinistra, proiettanti nucali rispettivamente verso le scapole accentuati rialzandosi dal letto, girando la testa verso destra, tendenzialmente in aumento da sdraiato, presenti anche da seduto e in piedi. All'esame clinico trovo una colonna cervicale priva di zone d'irritazione, minimamente ridotta alle lateroflessioni passive bilaterali come pure alle rotazioni globali passive dalle due parti, con dolori a fine corsa alla muscolatura del trapezio alla lateroflessione passiva verso sinistra; la colonna lombare appare libera ai movimenti attivi e passivi in ogni direzione. Sono assenti deficit cervicolomboradicolari. La mobilità passiva delle spalle e delle anche è libera dalle due parti, senza comparsa di dolori. Ho preso atto delle radiografie della colonna cervicale in 2 proiezioni ap e laterali richieste dal Dr. \_\_\_\_\_ il 13.3.2017 evidenzianti corpi vertebrali normoconfigurati e normoallineati, senza quindi segni di macroinstabilità, vedo alterazioni degenerative soprattutto ai segmenti cervicali caudali ai sensi di una condrosi rispettivamente osteocondrosi dorsale C5/C6, un'ostecondrosi C6/C7 con spondilosi anteriore, inoltre uncartrosi e spondilartrosi in più segmenti. Giungiamo dunque alle diagnosi sopramenzionate. Come discusso le ho consigliato, visto l'esito favorevole, di riprendere contatto con il suo chiropratico curante.” (pag. 133-134 incarto AI) Esaminata questa documentazione il dr. \_\_\_\_\_ del SMR, nell'Annotazione 14 settembre 2017, ha concluso che dalla documentazione presente agli atti non emergeva “ una problematica clinica che giustifichi una IL e quindi un'entrata in materia ”, rimandando a quanto attestato dal reumatologo curante dr. \_\_\_\_\_ il data 28 agosto 2017 (doc. AI 35). Di conseguenza, mediante decisione dell'11 ottobre 2017, l'amministrazione ha confermato la non entrata in materia della richiesta di prestazioni, motivando: " Considerazioni: La richiesta di prestazioni è stata rifiutata in 22 aprile 2013. Il 31 agosto 2017 abbiamo ricevuto la nuova richiesta. Tale richiesta può essere esaminata unicamente se la situazione medica o professionale si è modificata in modo importante. Da quanto trasmessoci non abbiamo potuto constatare tali modifiche (per esempio nessuna nuova diagnosi, nessun nuovo referto, ecc.).Per questo motivo non possiamo entrare nel merito della sua nuova

richiesta. Osservazioni al progetto: Abbiamo preso atto dello scritto del 09.09.2017 e dei relativi rapporti medici allegati (Dr. \_\_\_\_\_ 22.02.2016, Dr. \_\_\_\_\_ 24.05.2016, Dr. \_\_\_\_\_ 17.07.2017, Dr. \_\_\_\_\_ 13.03.2017, Dr. \_\_\_\_\_ 28.08.2017), i quali sono stati sottoposti all'attenzione del Servizio Medico Regionale (SMR). Con annotazione del 14 settembre 2017 l'SMR comunicava quanto segue: Dalla documentazione presente agli atti non emerge una problematica clinica che giustifichi un'inabilità e quindi un'entrata in materia. Il reumatologo curante, Dr. \_\_\_\_\_, in data 28 agosto 2017 certifica quanto segue: "All'esame clinico trovo una colonna cervicale priva di zone d'irritazione, minimamente ridotta alle lateroflessioni passive bilaterali come pure alle rotazioni globali passive dalle due parti, con dolori a fine corsa alla muscolatura del trapezio alla lateroflessione passiva verso sinistra; la colonna lombare appare libera ai movimenti attivi e passivi in ogni direzione. Sono assenti deficit cervico-lombo-radicolari. La mobilità passiva delle spalle e delle anche è libera dalle due parti, senza comparsa di dolori. Ho preso atto delle radiografie della colonna cervicale in 2 proiezioni ap e laterali richieste dal Dr. \_\_\_\_\_ il 13.3.2017 evidenzianti corpi vertebrali normoconfigurati e normoallineati, senza quindi segni di macroinstabilità, vedo alterazioni degenerative soprattutto ai segmenti cervicali caudali ai sensi di una condrosi rispettivamente osteocondrosi dorsale C5/C6, un'ostecondrosi C6/C7 con spondilosi anteriore, inoltre uncartrosi e spondilartrosi in più segmenti. Giungiamo dunque alle diagnosi sopramenzionate. Come discusso le ho consigliato, visto l'esito favorevole, di riprendere contatto il suo chiropratico curante." Visto quanto sopra il progetto del 01.09.2017 viene confermato." (doc. AI 41) 2.6. L'Alta Corte, nella STF 9C\_708/2007 dell'11 settembre 2008, ha confermato la decisione dell'Ufficio AI di non entrata in materia su una nuova domanda di revisione presentata da un assicurato, già al beneficio di una mezza rendita di invalidità, alla luce dell'assenza di nuove diagnosi di rilievo, ammessa dallo stesso medico curante dell'interessato. Nella STF 8C\_716/2011 del 5 gennaio 2012, confermando il giudizio di questo Tribunale, il TF ha ritenuto corretto non entrare in materia ad una nuova domanda visto il parere del medico SMR stante il quale il medico curante non aveva posto alcuna diagnosi, non aveva documentato lo stato clinico della sua paziente e nemmeno aveva allegato documentazione specialistica né alcun referto relativo ad esami strumentali. In quell'evenienza l'Alta Corte ha concluso che "(...) questo accertamento non è certamente manifestamente inesatto né viola il diritto federale. Nello stringato scritto del 27 ottobre 2010, il medico curante non pone alcuna diagnosi né documenta lo stato clinico della paziente. Egli non allega documentazione specialistica né alcun referto relativo ad esami strumentali. Nel documento in questione non viene pertanto oggettivato alcun elemento che deponga per un peggioramento durevole dello stato di salute dell'insorgente. (...)" (STF 8C\_716/2011 del 5 gennaio 2012, consid. 3.4). Ad un'analogha conclusione è giunta l'Alta Corte nella STF 9C\_316/2011 del 20 febbraio 2012. In quell'occasione il TF ha confermato la decisione amministrativa di non entrata in materia sulla nuova richiesta di prestazioni presentata da un assicurato, ritenendo che quest'ultimo non avesse reso plausibile, dal profilo medico, un peggioramento delle proprie condizioni di salute con influsso sulla capacità lavorativa residua nello svolgimento di attività adatte, tali da incidere sul suo diritto a prestazioni ribadendo che nel caso in cui l'assicurato non ha reso verosimile un rilevante cambiamento, il principio inquisitorio non risulta essere applicabile: "(...) En outre, le principe inquisitoire ne s'appliquant pas à la procédure de nouvelle demande, il appartenait au recourant de transmettre à l'administration les avis médicaux permettant de rendre plausible que son état de santé s'était détérioré de manière à influencer négativement sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. A cet

égard, le fait que le recourant ait produit l'expertise du professeur D. \_\_\_\_\_ ne suffisait pas; il aurait fallu que ce spécialiste fasse état d'une aggravation des atteintes ayant une répercussion négative sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Faute pour le recourant d'avoir apporté les éléments médicaux pertinents permettant de rendre plausible que son degré d'invalidité s'était modifié, l'intimé n'avait pas à entrer en matière sur sa nouvelle demande, ni partant à élucider les faits en procédant à des mesures d'instruction complémentaires. (...)” (STF 9C\_316/2011 del 20 febbraio 2012 consid. 4.2). Nella STF 9C\_959/2011 del 6 agosto 2012, il TF ha confermato la decisione di non entrata in materia sulla nuova domanda di prestazioni presentata da un assicurato, ritenendo che, contrariamente a quanto sostenuto dal ricorrente – il quale aveva concluso che l'amministrazione, richiedendo un parere al proprio servizio medico, era implicitamente entrata in materia – l'Ufficio assicurazione invalidità aveva sì sottoposto la documentazione medica prodotta dall'interessato al vaglio del proprio medico di fiducia, il quale si era tuttavia limitato a verificare se il ricorrente avesse reso plausibile un peggioramento del proprio stato di salute. 2.7. Nella fattispecie concreta, conformemente alla succitata giurisprudenza, ritenuto come nessuna delle varie certificazioni prodotte dall'assicurato con l'ultima domanda di prestazioni del 30 agosto 2017 si è espressa sulla capacità lavorativa, segnatamente certificando una qualsivoglia inabilità lavorativa, questo Tribunale deve concludere che l'insorgente non ha reso verosimile una rilevante modifica del suo stato di salute con influsso sulla capacità lavorativa. Sia per quanto riguarda le diagnosi che la descrizione dei dati soggettivi, la documentazione medica prodotta non contiene infatti elementi che consentano di concludere, ai sensi della giurisprudenza, per un verosimile e rilevante peggioramento delle condizioni di salute rispetto a quanto accertato, sulla base anche delle relative valutazioni SMR, in occasione dell'ultima decisione di diniego dell'Ufficio AI del 22 aprile 2013. In questo senso va condivisa la valutazione del medico SMR dr. \_\_\_\_\_, il quale, avuto riguardo alla succitata documentazione prodotta con la nuova domanda di prestazioni rispettivamente a seguito del progetto di decisione del 1 settembre 2017, nell'An-notazione 14 settembre 2017 (doc. AI 35), dopo aver constatato che nessun documento certificava una qualsivoglia, anche minima, inabilità lavorativa, ha rilevato in sostanza che dalla documentazione agli atti non emergeva una problematica clinica che giustificasse un'inabilità lavorativa e quindi un'entrata in materia. Il medico SMR ha fatto riferimento a quanto certificato dal reumatologo curante, dr. \_\_\_\_\_, il 28 agosto 2017, il quale, poste le diagnosi di Sindrome cervicospindillogena cronica recidivante prevalentemente a sinistra (in alterazioni degenerative plurisegmentali, disturbi statici del rachide e sbilancio muscolare) non aveva attestato alcuna inabilità lavorativa, ma riferendosi ai dolori cervicali di nuova insorgenza aveva osservato di aver trovato “ all'esame clinico una colonna cervicale priva di zone d'irritazione, minimamente ridotta alle lateroflessioni passive bilaterali come pure alle rotazioni globali passive dalle due parti, con dolori a fine corsa alla muscolatura del trapezio alla lateroflessione passiva verso sinistra”. Quanto alla colonna lombare la stessa appariva libera ai movimenti attivi e passivi in ogni direzione, in assenza di deficit cervico-lombo-radicolari. Inoltre, la mobilità passiva delle spalle e delle anche era libera dalle due parti, senza comparsa di dolori. Del resto dette conclusioni, con “ esito favorevole ”, erano confermate anche dalle radiografie della colonna cervicale fatte eseguire dal dr. \_\_\_\_\_, le quali evidenziavano “ corpi vertebrali normoconfigurati e normoallineati, senza quindi segni di macroinstabilità ” oltre a alterazioni degenerative, a sostanziale conferma delle predette diagnosi. Da notare che il dr. \_\_\_\_\_ non solo non ha attestato alcuna inabilità lavorativa, ma neppure ha

prescritto delle terapie, limitandosi a rimandare il paziente al suo chiropratico (doc. AI 35). Ricordata quindi la precitata giurisprudenza (cfr. la STF 9C\_316/2011 del 20 febbraio 2012), questo Tribunale deve tutelare la decisione di non entrata in materia sulla nuova richiesta di prestazioni presentata dall'assicurato, non avendo quest'ultimo reso plausibile, dal profilo medico, un peggioramento delle condizioni di salute con influo sulla capacità lavorativa nello svolgimento di attività adatte, tale da incidere sul suo diritto a prestazioni. Quanto da lui prodotto in effetti non basta, nessuno dei certificati medici riferendo di un aggravamento delle condizioni duraturo e avente una ripercussione negativa sulla capacità lavorativa in un'attività idonea. Se in effetti da un lato sul piano strettamente diagnostico risulta una modifica rispetto alle precedenti valutazioni, segnatamente con la segnalazione dei problemi alla cervicale (che in ogni modo hanno comportato un peggioramento tutt'al più solo transitorio dello stato di salute), dalla documentazione agli atti non sono tuttavia evincibili elementi in base ai quali sia possibile ammettere, con l'alta verosimiglianza richiesta, un'incidenza di tale stato di salute sull'effettiva capacità lavorativa, e di conseguenza di guadagno, diversa da quella accertata e valutata in precedenza. Dopo l'emanazione della decisione impugnata, con il ricorso l'assicurato ha prodotto nuova documentazione medica, segnatamente un certificato del 17 ottobre 2016 con il quale la dr.ssa \_\_\_\_\_ attesta un'inabilità lavorativa dal 12 al 16 ottobre 2016 e dal 17 al 31 ottobre 2016 per "malattia" (doc. I2), un altro certificato della medesima curante del 22 febbraio 2017 con il quale vengono poste le note diagnosi e consigliate attività idonee (doc. Q), due attestazioni dei trattamenti subiti dal fisioterapista nel 2015 (doc. T) e dal chiropratico nel 2016 e 2017 (doc. U) e, infine, un certificato del 18 ottobre 2017 con il quale il dr. \_\_\_\_\_, confermate le medesime diagnosi poste nel certificato del 24 maggio 2016 (doc. AI 33), ha ribadito integralmente la valutazione precedente, rilevato come a seguito di una mobilizzazione manuale la mobilità era senza dolori e come avesse quindi istruito l'assicurato agli esercizi finalizzati al rinforzo della muscolatura addominale. Lo specialista ha quindi concluso che dal punto di vista reumatologico l'assicurato era abile in misura completa "für jede wechselnd belastende Tätigkeit" (doc. S). Ora, secondo la giurisprudenza, nell'ambito di una procedura giudiziaria di non entrata in materia le prove addotte solo in sede di ricorso non possono essere prese in considerazione in quanto tardive. Infatti, con sentenza 8C\_457/2012 del 9 luglio 2012 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 e da considerare nell'ambito di una nuova domanda (STF 8C\_457/2012 del 9 luglio 2012, consid. 3.2). Nel caso giudicato dall'Alta Corte si trattava di un assicurato al quale, con sentenza

## **E. 6**

gennaio 2005, era stato riconosciuto il diritto a una mezza rendita dal 1° marzo 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 aveva preso in considerazione un certificato medico 31 gennaio 2008 prodotto dall'assicurato solo in

sede di ricorso, considerato come l'interessato non avesse prodotto certificati medici attuali né con la domanda di revisione del febbraio 2008, né nel termine assegnatogli dall'amministrazione, cosicché non era stata sufficientemente comprovata una modifica delle circostanze di fatto successiva all'ultimo esame materiale dei suoi diritti avvenuto nel gennaio 2005. Mediante la pronuncia I 734/05 dell'8 marzo 2006, citata nella succitata pronuncia del 15 aprile 2010 (cfr. anche STF 8C\_196/2008 del 5 giugno 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 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, 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. Nella fattispecie, i menzionati certificati medici prodotti con il ricorso e, quindi, tardivamente, non possono modificare l'esito della presente vertenza. In proposito va detto che gli stessi non appaiono comunque idonei a comprovare un'inabilità lavorativa duratura e rilevante rispettivamente un quadro clinico compatibile con un'incapacità al lavoro. In effetti l'unico certificato che attesta, in modo oltremodo generico e succinto, un'inabilità lavorativa per una non ben precisata "malattia è quello della dr.ssa \_\_\_\_\_ del 17 ottobre 2016; lo stesso certifica tuttavia un'inabilità lavorativa limitata nel tempo, di complessivi 20 giorni, senza precisare né una diagnosi né una descrizione dei disturbi lamentati dal paziente. Gli altri documenti (certificati della dr.ssa \_\_\_\_\_ del 22 febbraio 2017, del dr. \_\_\_\_\_ del 28 agosto 2017, attestazioni del fisioterapista e del chiropratico e certificato del dr. \_\_\_\_\_ del 18 ottobre 2017; doc. Q, S, T) non attestano per contro alcuna inabilità lavorativa. Nessuno di questi documenti lascia quindi trasparire una modifica delle circostanze di fatto successiva all'ultimo esame materiale dei diritti dell'assicurato. Del resto il ricorrente non ha nemmeno fatto pervenire gli esiti della visita medica che ha indicato essere stata preannunciata per il 15 gennaio 2018 presso il dr. \_\_\_\_\_ (doc. VI). In conclusione non avendo l'assicurato reso validamente verosimile una rilevante modifica del suo stato di salute prima dell'emanazione della decisione qui impugnata, la non entrata in materia sancita con quest'ultima merita conferma. Per quanto attiene alle ulteriori allegazioni formulate nel ricorso, segnatamente con riferimento al fatto che nel frattempo l'assicurato ha perso il lavoro essendo stato licenziato per la fine di ottobre 2017 (doc. J), e alla richiesta di "riaprire o riaggiornare il caso già aperto nel 2012 in relazione alle misure di intervento tempestivo", le stesse non permettono di modificare suddette conclusioni. In effetti, per quanto riguarda al richiamato piano d'integrazione, l'amministrazione ha con pertinenza ricordato che in occasione della prima domanda di prestazioni, dopo aver appurato che l'assicurato non presentava alcuna inabilità lavorativa, gli aveva concesso provvedimenti di ordine tempestivo nella forma dell'adattamento del posto di lavoro, con valutazione ergonomica sul posto di lavoro eseguita il 6 febbraio 2013 (doc. AI 21), dell'orientamento professionale e della consulenza al fine di permettere la

conservazione dell'impiego (piano di integrazione del 14 gennaio 2013, doc. AI 17). Sono quindi stati riconosciuti all'assicurato mezzi ausiliari quali una sedia ergonomia e un cuscino per sostegno lombare (doc. AI 21, 25). Con valutazione del 5 marzo 2013 del consulente professionale il diritto all'intervento tempestivo è quindi stato chiuso in quanto l'interessato è stato considerato " debitamente reintegrato nella sua attività abituale " (doc. AI 26). Mediante la decisione del 22 aprile 2013 – cresciuta incontestata in giudicato – l'amministrazione ha quindi respinto la domanda di rendita e di ulteriori provvedimenti professionali in assenza di qualsivoglia inabilità lavorativa e considerato come l'assicurato poteva " svolgere in misura completa la sua abituale attività lavorativa" e quindi non sussistevano i presupposti per attuare dei provvedimenti d'integrazione professionale. Ne discende che ogni e qualsiasi censura sollevata in questa sede con riferimento ad un presunto, peraltro non comprovato, mancato adempimento degli impegni presi con il menzionato piano di integrazione, risulta oltre che del tutto pretestuosa e non comprovata, ampiamente tardiva. Né del resto, come detto, l'assicurato ha comprovato in qualche modo che successivamente alla decisione menzionata le sue condizioni di salute siano cambiate in modo e misura rilevante ai fini non solo del diritto ad una rendita, ma anche di eventuali provvedimenti professionali. Sia in effetti osservato che in occasione del primo diniego di prestazioni il SMR, sulla base delle varie certificazioni agli atti, nel rapporto 5 marzo 2013, aveva evidenziato che l'assicurato doveva evitare " posizioni statiche prolungate, attività che richiedono movimenti ripetitivi di anteflessione e rotazione del tronco rispettivamente l'estensione prolungata del rachide, tutti i lavori considerati di tipo pesante, il sollevamento ripetuto di pesi che superano i 15kg" ., consigliando altresì di osservare " le istruzioni suggerite dall'ergoterapista e l'utilizzo dei mezzi ausiliari forniti" (doc. AI 27). In occasione della nuova domanda di prestazioni dell'agosto 2017, le limitazioni indicate nel certificato del dr. \_\_\_\_\_ del 22 febbraio 2016 erano essenzialmente le stesse (doc. AI 33). Nessun ulteriore limite funzionale è peraltro stato indicato dal dr. \_\_\_\_\_ nell'ulteriore certificazione del 28 agosto 2017, nel quale ha riferito dell'insorgenza dei dolori cervicali, concludendo tuttavia per una situazione con " esito favorevole " (pag. 133-134 incarto AI). Del resto, con pertinenza l'amministrazione ha fatto rilevare che dagli atti risulta che vi è stata un'inabilità lavorativa unicamente nella specifica attività presso \_\_\_\_\_ per i conflitti creatisi (inabilità lavorativa iniziata nei medesimi giorni della prima disdetta del contratto di lavoro; cfr. doc. H, I2 e I3) mentre che in attività adeguate il ricorrente ha sempre mantenuto una completa abilità lavorativa, essendosi peraltro iscritto alla disoccupazione (doc. AI 36). Ciò premesso a torto il ricorrente censura la mancata entrata in materia anche di eventuali provvedimenti nell'ambito dell'intervento tempestivo, considerato come egli non abbia minimamente comprovato l'esistenza di una minaccia di invalidità ovvero di un rischio preponderante di insorgenza di un'incapacità lavorativa duratura o di un'incapacità al guadagno. Quanto all'invocato aiuto al collocamento, secondo la Circolare sui provvedimenti d'integrazione professionale (CPIP), è necessario che l'assicurato adempia cumulativamente una serie di condizioni (cfr. STF 9C 594/2016 del 18 novembre 2016). In particolare l'assicurato deve presentare per l'esercizio dell'attività svolta fino a quel momento un'incapacità lavorativa tale da ostacolarlo notevolmente nella ricerca di un lavoro in termini quantitativi, qualitativi e di tempo. Inoltre, nel caso in cui, nonostante la riduzione della capacità lavorativa, l'assicurato può senz'altro svolgere lavori leggeri, per giustificare il diritto al servizio di collocamento è necessaria una limitazione specifica supplementare nella ricerca di un posto di lavoro derivante dalla salute dell'assicurato. Ora, nella fattispecie l'assicurato non ha affatto reso verosimile che le sue

condizioni rendano in qualche modo problematica la ricerca di un posto di lavoro (cfr. STF 8C 641/2015 del 12 gennaio 2016, consid. 2). Sia detto di transenna che ciò è il caso ad esempio quando l'assicurato non può sostenere un colloquio di assunzione perché è muto o perché ha problemi di mobilità o quando non può spiegare a un potenziale datore di lavoro le sue reali possibilità e i suoi limiti (ad es. attività che riesce a svolgere nonostante sia ipovedente) e non ha quindi alcuna possibilità di ottenere l'impiego auspicato (cfr. cifra marginale n. 5005 CPIP e riferimenti a dottrina e giurisprudenza). Nella fattispecie il ricorrente non ha comprovato e nemmeno reso verosimile l'adempimento di tali presupposti, considerato come dagli atti emerge che egli può svolgere una vasta gamma di attività leggere, rispettose delle raccomandazioni segnalate dai reumatologi curanti. L'amministrazione ha del resto a ragione osservato che, nel caso in esame, l'eventuale difficoltà nel reperimento di impieghi non è data dal problema alla salute, ma tutt'al più dalla congiuntura, ossia dalla carenza di posti sul mercato del lavoro, fattore che tuttavia non può essere preso a carico dall'AI (cifra marginale 5005 CPIP; cfr. VSI 2000 pagg. 70 e 71). In conclusione non avendo l'assicurato reso validamente verosimile una rilevante modifica del suo stato di salute prima dell'emanazione della decisione qui impugnata, la non entrata in materia sancita con quest'ultima merita conferma e il ricorso va respinto.

2.8. 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.-- vanno poste a carico del ricorrente.

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