

TI_GERICHTE 32.2018.181 vom 28. September 2018

TI Tribunale d'appello, 2018-09-28, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.181

FR: TI_GERICHTE 32.2018.181 du 28 septembre 2018

IT: TI_GERICHTE 32.2018.181 del 28 settembre 2018

Erwägungen

E. 49

cpv. 2 LOG (STF 9C_699/2014 del 31 agosto 2015; 8C_855/2010 dell'11 luglio 2011; 9C_211/2010 del 18 febbraio 2011). Nel merito 2.2. Oggetto del contendere è sapere se a ragione l'Ufficio AI non è entrato nel merito della domanda di revisione presentata dall'assicurato nel luglio 2017 (cfr. consid. 1.3). 2.3. Secondo l'art. 87 cpv. 2 OAI 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). L'allora Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007: Tribunale federale), 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 (si tratta dell'attuale art. 87 cpv. 2 e 3 OAI in vigore dal 1. gennaio 2012). 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 64 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; 117 V 198 consid. 4b; 109 V 108 consid. 2b; SVR 2002 IV Nr. 10; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, Universitätsverlag Freiburg Schweiz, 2003, pagg. 84-86). 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, art. 41 vLAI, art. 87segg. OAI; Pratique VSI 1999 pag. 84; Rüedi, Die Verfügungsanpassung als Grundfigur von Invalidenrentenrevisionen, in Schaffhauser/Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, 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 qualsiasi cambiamento importante delle circostanze suscettibili di incidere sul grado d'invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita, può fondare una revisione giusta l'art. 17

LPGA. La rendita può essere oggetto di revisione non soltanto nel caso di una modifica sensibile dello stato di salute, ma anche qualora le conseguenze dello stesso sulla capacità di guadagno, pur essendo esso stato rimasto immutato, abbiano subito una modificazione notevole (DTF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; vedi pure DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2). Nella DTF 133 V 108, modificando la giurisprudenza, l'Alta Corte ha stabilito che il punto di partenza per la valutazione di una modifica del grado d'invalidità suscettivo di incidere notevolmente sul diritto alle prestazioni è, dal profilo temporale, l'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi. Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369 consid. 2 con riferimenti, 109 V 262, 105 V 30; in argomento vedi anche Meyer/Reichmuth, *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. 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). 2.4. C on sentenza 8C_457/2012 del 9 luglio 2012 (ribadita nella STF 8C_901/2013 del 27 febbraio 2014 consid. 2) il Tribunale federale 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 – come accennato (cfr. consid. 2.3) – 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 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. 2.5. Nel caso in esame, dalla documentazione medica prodotta in sede amministrativa, in particolare dai rapporti 13 febbraio 2018 (pag. 1476 inc. AI), 11 aprile 2018 (pag. 1474 inc. AI) e 31 agosto 2018 (pag. 1503 inc. AI) del dr. med. _____ del Servizio di Ortopedia ed Ortopedia dell'Ospedale _____ di _____ risultano indicate le diagnosi di condropatia retro-rotulea bilateralmente sintomatica, con sindrome algica articolazione tibio-tarsica sinistra e destra in misura minore. Tale problematica alle ginocchia non è stata riscontrata dal dr. med. _____ nel suo consulto reumatologico del 4 aprile 2017, eseguito nell'ambito della perizia pluridisciplinare del 12 giugno 2017. Lo specialista aveva infatti diagnosticato una sindrome somatoforme da dolore persistente, nonché una sindrome lombospondilogenica (pag. 1351 inc. AI). In quello del 18 giugno 2018 la dr.ssa med. _____ del succitato servizio medico dell'Ospedale _____ ha segnatamente rilevato che “dati i problemi alla schiena e alle ginocchia, richiederemo una valutazione podologica per una valutazione anche della deambulazione ed i eventuali scompensi dinamici ” (pag. 1498 inc. AI). Nel citato rapporto 31 agosto 2018 del dr. med. _____ ha rilevato: " (...) il quadro clinico presentato dal paziente non correla con il quadro radio clinico presente, ritengo la sofferenza presentata possa essere neurologica, motivo per il quale ho proposto al paziente di essere convocato dal nostro servizio di terapia del dolore, per valutare se un trattamento locale o sistemico, possa portare ad un miglioramento dei sintomi. Riterrei forse utile valutare l'esecuzione di un bilancio neurochirurgico per quel che riguarda la situazione del rachide lombare, in quanto anche questa sintomatologia bilaterale, può far pensare ad un'altra origine del dolore.” (pag. 1503 inc. AI) I succitati rapporti, prodotti a tre riprese insieme ad altra documentazione medica, sono stati valutati dal dr. med. _____, specialista in chirurgia e attivo presso il SMR, il quale ha sostenuto che: - “ non c'è sospetto oggettivo per un aggravamento della malattia né altre malattie di nuovo riscontro con influsso duraturo sulla capacità lavorativa “ (cfr. annotazioni 25 luglio 2018 riguardo i rapporti 13 febbraio e 11 aprile 2018 del dr. med. _____, pag. 1469 inc. AI); - “A lla luce della nuova documentazione medica prodotta agli atti, la valutazione dei specialisti ortopedici (dr. med. _____ e dr.ssa med. _____) non apportano nuovi elementi oggettivi che possano alterare, ad oggi, lo stato valetudinario ovvero lo scrivente riconosce che pur essendo l'A.to di salute cagionevole è però anche perennemente in apprensione per il suo essere (nota sindrome depressiva ricorrente F33.1 , sindrome somatoforme da dolore persistente F 45.4 e modificazione duratura della personalità da dolore cronico F 62.8), essendo afflitto da una patologia cronica-degenerativa, per il quale ritengo esigibile secondo il diritto assicurativo svizzero definire consolidato lo stato clinico-sintomatologico-terapeutico ed è quindi ragionevolmente plausibile attendere che l'A.to metta in atto un determinato comportamento, anche se questo può implicare fastidi e un certo sacrificio, collaborando e minimizzando il suo danno alla salute; ciò significa che anche l'assicurato deve dare il proprio contributo per il suo reinserimento professionale (art 21 cpv. 4 LPGGA), anche accettando eventuali misure terapeutiche idonee per il suo caso (art 7 LPGGA)” (sottolineatura del redattore; cfr. annotazioni del 14 agosto 2018 in merito al rapporto 18 giugno 2018 della dr.ssa _____ ed ai succitati rapporti del dr. _____, pag. 1502 inc. AI); - “non c'è il sospetto oggettivo per un aggravamento della malattia né altre malattie di nuovo riscontro” (cfr. annotazioni 28 settembre 2018 in merito al rapporto 31 agosto 2018 del dr. med. _____; pag. 1512 inc. AI). Pertanto, sulla scorta delle

succitate valutazioni del SMR – che questo Tribunale ritiene plausibili e che non ha quindi motivo di mettere in dubbio – rettamente l'Ufficio AI ha ritenuto che durante l'istruttoria amministrativa, conclusasi con l'emissione della decisione del 28 settembre 2018 qui impugnata, non è stato prodotto alcun atto medico dal quale si possa evincere un probabile peggioramento della situazione valetudinaria. Successivamente alla decisione amministrativa, all'Ufficio AI sono giunti ulteriori atti medici (pag. 1519 – 1524 inc. AI). Va in particolare fatto riferimento al rapporto 18 ottobre 2018 del _____ in cui è stato evidenziato che dal mese di dicembre 2017 (quindi successivamente alla perizia del _____) l'assicurato presenta un dolore al ginocchio sinistro che gli impedisce di camminare normalmente (pag. 1522 inc. AI). Solo nel rapporto 30 novembre 2018 la dr.ssa _____ del citato Centro _____, ricapitolando i diversi trattamenti eseguiti, ha ritenuto che nella “situazione attuale il Signor RI 1 sarebbe in grado di lavorare 2 – 3 ore al giorno massimo, dopodiché viene limitato dai suoi dolori intensificati” (VI/1). Ora, secondo questa Corte, contrariamente a quanto sostenuto dall'Ufficio AI pendente causa, dalla documentazione del Centro _____ si può desumere un peggioramento della capacità lavorativa. Essendo stata tuttavia prodotta successivamente alla decisione contestata (28 settembre 2018), la stessa va considerata tardiva ai sensi della giurisprudenza riportata al consid. 2.4. Infine, per quanto concerne la problematica extra-somatica, va fatto riferimento agli scritti 24 aprile, 7 agosto e 23 ottobre 2018 (doc. 1470, 1489, 1519 inc. AI) del medico curante, il quale ha segnalato un netto peggioramento dello stato ansioso depressivo (va qui ricordato che l'assicurato è stato ritenuto inabile al 50% per motivi psichiatrici; cfr. perizia 1° giugno 2017 del dr. med. _____ resa nell'ambito della perizia _____ del 12 giugno 2017, pag. 1344 inc. AI) e che egli è in cura dalla dr.ssa med. _____, senza tuttavia avere prodotto al riguardo documentazione medica. In conclusione, non avendo in sede amministrativa l'assicurato reso verosimile una rilevante modifica del suo stato di salute rispetto alla precedente pronuncia del 28 settembre 2018, la decisione di non entrata in materia va confermata. Nel contempo la documentazione medica prodotta successivamente alla decisione contestata va trasmessa all'Ufficio AI affinché la tratti alla stregua di una nuova domanda di revisione e renda nel merito, dopo aver proceduto ai necessari accertamenti, una nuova decisione. 2.6. Giusta 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 fr. 500.-- sono poste a carico del ricorrente.

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