

## **TI\_GERICHTE 32.2018.183 vom 25. September 2018**

TI Tribunale d'appello, 2018-09-25, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2018.183](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2018.183)

FR: TI\_GERICHTE 32.2018.183 du 25 septembre 2018

IT: TI\_GERICHTE 32.2018.183 del 25 settembre 2018

### **Regeste**

Nuova domanda. Sulla base degli atti e senza i necessari accertamenti medici non é possibile pronunziarsi sulla domanda di prestazioni. Prematura la valutazione economica. Rinvio atti all'amministrazione per completare l'istruttoria

### **Erwägungen**

#### **E. 28**

cpv. 2 LAI prescrive che gli assicurati hanno diritto ad una rendita intera se sono invalidi almeno al 70%, a tre quarti di rendita se sono invalidi almeno al 60%, ad una mezza rendita se sono invalidi almeno al 50% o a un quarto di rendita se sono invalidi almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 16 LPGA il grado d'invalidità è determinato stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo l'insorgenza dell'invalidità e dopo l'esecuzione di eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali di mercato del lavoro (reddito da invalido) e il reddito del lavoro che egli avrebbe potuto conseguire se non fosse diventato invalido (reddito da valido). Il grado d'invalidità dell'assicurato deve quindi essere determinato dal raffronto del reddito che egli ancora può conseguire nonostante la sua invalidità con quello che avrebbe potuto guadagnare in assenza delle affezioni di cui è portatore (Duc, op. cit., pag. 1476, n. 213 e la giurisprudenza citata alla nota a piè pagina n. 264). Si confronta perciò il reddito che l'assicurato avrebbe potuto conseguire se non fosse divenuto invalido con quello ch'egli può tuttora realizzare, benché invalido, sfruttando la residua capacità lavorativa in attività da lui ragionevolmente esigibili in condizioni normali del mercato del lavoro, previa adozione di eventuali provvedimenti integrativi (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 pag. 84). Secondo la giurisprudenza per il raffronto dei redditi sono determinanti le circostanze esistenti al momento dell'(eventuale) inizio del diritto alla rendita ed i redditi da valido e da invalido devono però essere rilevati sulla medesima base temporale e la valutazione deve tenere conto di eventuali modifiche dei redditi di paragone intervenute fino alla resa della decisione e suscettibili di incidere sul diritto alla rendita (DTF 129 V 222; STFA I 600/01 del 26 giugno 2003, consid. 3.1; STFA I 475/01 del 13 giugno 2003, consid. 4.1). Per l'art. 29 cpv. 1 LAI il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA. 2.3. Inoltre, trattandosi di una nuova domanda di prestazioni AI, va ricordato che giusta l'art. 87 cpv. 3 OAI, 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, che prevede che 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. 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, vedi anche STF 9C\_80/2013 del 18 settembre 2013 consid. 3.2). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso. L'art. 17 LPGa si applica infatti per analogia anche in caso di nuova domanda facente seguito al rifiuto di una rendita per difetto di invalidità pensionabile ( STF 9C\_916/2009 del 30 agosto 2010 consid. 5.2 con rinvio alle DTF 130 V 71 consid. 3.2 e DTF 117 V 198 consid. 3a; 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). In particolare, 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 tale stato di salute 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; vedi anche STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in Plaidoyer 1/06, pag. 64 ). 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). Nella DTF 141 V 9, al considerando 6.1 il Tribunale federale ha precisato che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (vedi anche la STF 9C\_27/2019 del 27 giugno 2019 consid. 2, resa nella composizione di 5 giudici). 2.4. Nel caso di specie, come accennato (cfr. consid. 1.1), nell'ambito della prima domanda di prestazioni dell'aprile 2016, valutata la documentazione medica richiamata dai

medici curanti, il medico SMR dr. \_\_\_\_\_ ha tratto le proprie conclusioni senza necessità di visitare l'assicurato e/o effettuare ulteriori accertamenti medici. Nel rapporto finale del 7 giugno 2017 (doc. AI 94/255-257) – poste le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di: “(...) Periartrite omeroscapolare destra - cresta osteofica del caput omeri e del glenoide, degenerazione estesa del labrum con distacco esteso antero-inferiore verso postero-superiore, sinovite glenoumerale estesa, artrosi acromioclavicolare in stato irritativo, - St. trauma distorsivo nel 2008. Sindrome lombo-vertebrale - discopatie L4/5 e L5/S1 - protusione discale circonferenziale L3/4 e L4/5 e mediana-paramediana sinistra L5/S1 - artropatia faccettaria L4/L5 e L5/S1. (...)” (doc. AI 94/255), indicate le seguenti limitazioni funzionali: “(...) carico massimo in KG senza limitazioni 3 Kg all'arto superiore destro, 5 Kg non lontani dal corpo. Alternanza della postura al bisogno [...] Non deve lavorare con le mani sopra la testa, non deve salire su scale a pioli o impalcature, non deve svolgere attività dal carico discontinuo, non deve svolgere attività su terreni accidentati. (...)” (doc. AI 94/256) e formulate le seguenti prognosi circa l'evoluzione della capacità lavorativa e osservazioni conclusive: “(...) È probabile un peggioramento della sintomatologia. I limiti menzionati dell'arto superiore rimarranno anche in caso d'una protesi totale della spalla destra. Viene consigliata un intervento di protesi totale della spalla destra, da ritardare tuttavia il più possibile per la relativa giovane età dell'assicurato. Né con l'artrosi né con una protesi l'assicurato potrà tornare a lavorare fisicamente come giardiniere. Si consiglia una riformazione professionale. (...)” (doc. AI 94/257) – il medico SMR ha concluso per un'incapacità lavorativa totale nella sua attività abituale di giardiniere e per un'incapacità dello 0% in un'attività adeguata dal 14 ottobre 2015. L'Ufficio AI – ritenute le risultanze della tabella con le riduzioni al reddito ipotetico da invalido elaborate il 7 giugno 2017 (doc. AI 93/251-254 da cui si evince un reddito ipotetico da invalido superiore a quello da valido), con decisione dell'8 giugno 2017, cresciuta incontestata in giudicato, ha quindi negato il diritto a prestazioni (cfr. consid. 1.1). Per quanto concerne la domanda qui in esame, la stessa è stata presentata dopo che l'assicurato è stato degente presso il reparto di reumatologia della Clinica \_\_\_\_\_, nell'ambito di un programma di “Caso Reumatologico Complesso”, dal 27 novembre al 15 dicembre 2017 (cfr. doc. AI 102/271-277). L'inabilità lavorativa è stata totale durante il periodo di degenza e tale circostanza non è contestata dalle parti. Il medico SMR dr. \_\_\_\_\_, valutata la documentazione medica richiamata dai medici curanti ancora una volta senza necessità di visitare l'assicurato e/o di effettuare ulteriori accertamenti medici (cfr. consid. 1.3), nel rapporto finale del 10 luglio 2018 (doc. AI 122/366-368) – poste le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di: “(...) Sindrome lombo-vertebrale cronica - Osteocondros L5-S1 condrosi L4-L5 con lieve protusione discale - Decondizionamento muscolare - St d. Infiltrazioni L3-L4-L5 bilaterale. Coccidodinia in st. d. trauma 2005. Sindrome da dolore cronico. Omartrosi destra d'origine indeterminata - St. d. trauma distorsivo. (...)” (doc. AI 122/367), indicate le seguenti limitazioni funzionali: “(...) carico max Kg 3 Kg con il braccio destro, 5 Kg non lontano dal corpo. Alternanza della postura al bisogno [...] Non deve lavorare con le braccia sopra l'orizzontale. Non deve lavorare con il tronco flesso in avanti. Non deve salire su delle scale a pioli o impalcature. Non deve camminare su terreno accidentato. Non deve svolgere attività dal carico discontinuo. (...)” (doc. AI 122/368) e formulate le seguenti osservazioni conclusive: “(...) La valutazione d'una piena CL in attività adeguata viene confermata dal Dr. \_\_\_\_\_ in seguito alla degenza alla Clinica \_\_\_\_\_. L'assicurato non risulta in terapia psichiatrica. (...)” (doc. AI 122/368) – ha

concluso per un'incapacità totale e definitiva al lavoro nell'attività abituale di giardiniere dal 14 ottobre 2015 e in un'attività adeguata per una capacità lavorativa del 100% dal 14 ottobre 2015, dello 0% dal 27 novembre 2017 e del 100% dal 16 dicembre 2017. L'Ufficio AI ha quindi ritenuto un peggioramento temporaneo, dal 27 novembre al 5 dicembre 2017, con ripristino dello stato di salute precedente dal 16 dicembre 2017. Questo Tribunale, alla luce dei soli atti di causa, non può condividere la conclusione a cui è giunta l'amministrazione per le seguenti ragioni. Innanzitutto va qui rilevato che il dr. \_\_\_\_\_, specialista in reumatologia e medicina interna generale, adducendo nel rapporto del 18 dicembre 2017 (doc. AI 102/271-277) che "(...) penso che il paziente però necessiti di una riqualifica professionale, in quanto in un'attività più leggera, con carichi discontinui, dove non debba sollevare ripetutamente pesi superiori ai 15kg, dove non debba lavorare a lungo con le spalle oltre l'orizzontale, dove non debba lavorare in anteflessione con il corpo, il paziente sarebbe abile in misura completa. (...) " (doc. AI 102/274), non si è espresso chiaramente sulla capacità lavorativa in un'attività adeguata. Infatti, lo stesso Ufficio AI, nella risposta di causa, ha precisato che "(...) il Dr. \_\_\_\_\_ giudica l'assicurato abile in attività leggere, anche se non precisa in quale misura. (...) " (IV, pag. 4, la sottolineatura è del redattore). In questo senso non può essere seguito il dr. \_\_\_\_\_ laddove, nel succitato rapporto finale SMR del 10 luglio 2018, ha concluso che "(...) la valutazione d'una piena CL in attività adeguata viene confermata dal Dr. \_\_\_\_\_ in seguito alla degenza alla Clinica \_\_\_\_\_. (...) " (doc. AI 122/368) e quindi nemmeno l'Ufficio AI poteva concludere che lo stato di salute avesse subito unicamente un peggioramento transitorio e che, dopo la degenza dal 27 novembre al 15 dicembre 2017 presso la Clinica \_\_\_\_\_, la capacità lavorativa fosse ripristinata come in precedenza. Questo vale a maggiore ragione ritenuto che il dr. \_\_\_\_\_ – chiamato a pronunciarsi sui rapporti del 30 novembre 2018 del dr. \_\_\_\_\_ e del 7 dicembre 2018 del dr. \_\_\_\_\_ (cfr. consid. 1.6 e 1.7) –, nell'annotazione 7 dicembre 2018, ha concluso che "(...) dall'attuale documentazione (in particolare rapporto dr. \_\_\_\_\_) risulta peggioramento da 9.2018, quindi prima della decisione impugnata del 25.9.2018. (...) " (XII/1). Al riguardo il dr. \_\_\_\_\_, nello scritto del 13 gennaio 2019, ha attestato che "(...) il peggioramento a livello della spalla drt avviene in modo progressivo trattandosi di una omartrosi di origine indeterminata. Personalmente misuro un peggioramento della mobilità a partire da circa il mese di Maggio 2018. (...) " (doc. FF). Ritenuto l'attestato peggioramento dal maggio 2018 – non vi è infatti alcuna ragione per mettere in dubbio quanto certificato dal dr. \_\_\_\_\_ – non torna qui applicabile la giurisprudenza richiamata dall'Ufficio AI e di cui alle STCA 27.04.2009 in re P.-M., STCA 32.2012.243 del 27.05.2013 e STCA 32.2013.141 del 29.04.2014 (cfr. consid. 1.7) e questo Tribunale può fare proprie le pertinenti osservazioni del 14 gennaio 2019 formulate in merito dall'insorgente (cfr. consid. 1.8). Va qui inoltre rilevato che il dr. \_\_\_\_\_, FMH in medicina interna generale, nel rapporto 30 novembre 2018, ha, in particolare, evidenziato che "(...) in qualità di medico di famiglia, che segue il signor RI 1 dal 18.09.1989, confermo che lo stato di salute psico-fisico è peggiorato negli ultimi mesi a causa dei costanti dolori. (...) " (doc. CC) e che il dr. \_\_\_\_\_ (a cui è stato sottoposto il succitato rapporto del dr. \_\_\_\_\_), nell'annotazione 7 dicembre 2018, ha concluso che "(...) il caso andrà rivalutato, in considerazione di una possibile componente psichiatrica sarà auspicabile una valutazione pluridisciplinare. (...) " (XII/1). 2.5. In simili circostanze, non potendo escludere – senza ulteriori accertamenti – che i fatti determinanti si siano modificati a tal punto da giustificare il riconoscimento del diritto alla rendita e ritenuto che

nel caso in cui sussista anche il minimo dubbio sull'affidabilità e sulla concluzione dei pareri medici interni dell'assicurazione, non è possibile fondarsi su tali rapporti (STF 8C\_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3 e STF 8C\_336/2015 del 25 agosto 2015 consid. 4.3 entrambe con riferimenti, in particolare, alla DTF 139 V 225 e 135 V 465), questo Tribunale deve annullare la decisione impugnata e rinviare gli atti all'amministrazione affinché, esperiti i necessari accertamenti medici pluridisciplinari auspicati dal dr. \_\_\_\_\_ (XII/1), si pronunci nuovamente sulla domanda di prestazioni inoltrata nel mese di dicembre 2017. Va qui ricordato che l'art. 43 cpv. 1 LPGA prevede che l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti, raccoglie le informazioni di cui ha bisogno e che di principio spetta all'amministrazione procedere con i necessari accertamenti (in argomento vedi la STF 9C\_675/2009 del 28 maggio 2010, consid. 8.3). Riguardo alla valutazione economica, la stessa appare prematura visto che l'evoluzione della capacità lavorativa in un'attività adeguata dal dicembre 2017 deve ancora essere compiutamente acclarata. L'Ufficio AI, alla luce delle risultanze dei succitati accertamenti medici da esperire, dovrà quindi debitamente pronunciarsi in merito. Quanto al rinvio degli atti all'amministrazione – l'insorgente ha postulato, previ eventuali accertamenti peritali ordinati da questo Tribunale, di essere posto al beneficio di almeno un quarto di rendita d'invalidità (senza precisare da quando) e di una riqualificazione professionale (cfr. consid. 1.4) – esso appare giustificato alla luce della giurisprudenza federale. Va infatti rilevato che in STF 9C\_243/2010 del 28 giugno 2011 (DTF 137 V 210) il Tribunale federale ha precisato in quali casi il Tribunale cantonale deve allestire direttamente una perizia giudiziaria e in quali può invece rinviare gli atti all'assicuratore per un complemento istruttorio. Lo scrivente Tribunale in precedenti vertenze ha già avuto modo di rinviare l'incarto all'Ufficio AI o perché ha ritenuto che vi erano accertamenti peritali svolti dall'amministrazione che necessitavano di un complemento ("Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen"; cfr. STCA 32. 2011.107 del 27 ottobre 2011), o perché vi erano delle carenze negli accertamenti svolti dall'amministrazione ("Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist"; cfr. STCA 32. 2011.115 del 27 ottobre 2011). 2.6. Secondo l'art. 29 cpv. 2 Lptca e 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 (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'Ufficio AI. Patrocinato in causa da un avvocato, l'insorgente ha diritto a un'indennità per ripetibili (art. 61 lett. g LPGA e art. 30 cpv. 1 Lptca) che appare equo quantificare in fr. 1'800.--.

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