

## **TI\_GERICHTE 32.2019.76 vom 14. März 2019**

TI Tribunale d'appello, 2019-03-14, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2019.76](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2019.76)

FR: TI\_GERICHTE 32.2019.76 du 14 mars 2019

IT: TI\_GERICHTE 32.2019.76 del 14 marzo 2019

### **Regeste**

Nuova domanda respinta. Non entrata in materia. Dai nuovi certificati medici non risulta una sostanziale modifica dello stato di salute rispetto alla decisione precedente. Il grado di incapacità lavorativa non è peggiorato. Le lamentele soggettive non comprovano validamente uno stato di salute peggiore

### **Erwägungen**

#### **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 giusta l'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. In concreto, con decisione del 26 settembre 2016 (doc. 111) l'Ufficio AI ha negato all'assicurato il diritto a una rendita di invalidità non raggiungendo una perdita di guadagno tale (40%) da avere diritto a una rendita di invalidità (art. 28 LAI). Infatti, dalla perizia pluridisciplinare a cui l'assicurato è stato sottoposto ad inizio 2016 è emerso che dall'aprile 2013 egli era ancora in grado di lavorare a tempo pieno, ma con una resa ridotta del 20% e ciò sia nella sua abituale attività di montatore elettricista sia in altre attività adeguate. Dal calcolo economico è risultata una perdita di guadagno del 14%, insufficiente per attribuirli una rendita di invalidità. Il 14 gennaio 2019 (doc. 133) l'assicurato ha inoltrato una terza domanda di prestazioni lamentando un peggioramento delle sue condizioni di salute da fine novembre 2018. Nel termine entro cui formulare le proprie osservazioni al progetto di decisione del 18 gennaio 2019 (doc. 134) con cui l'Ufficio AI non è entrato nel merito della nuova richiesta di prestazioni, il 12 marzo 2019 (doc. 139) l'assicurato ha sostanziato il suo stato di salute producendo i certificati medici

dell'11 (doc. 137) e del 13 febbraio 2019 (doc. 137) del dr. med. \_\_\_\_\_  
rispettivamente del dr. med. \_\_\_\_\_. Su questi nuovi certificati si è subito pronunciato  
il dr. med. \_\_\_\_\_ del Servizio Medico Regionale, affermando che dal parere  
reumatologico che consigliava una valutazione ortopedica e psichiatrica e dalla nuova  
valutazione del radiologo della risonanza magnetica della colonna vertebrale non risultava  
una sostanziale modifica dello stato di salute dell'assicurato rispetto alla decisione  
precedente. Con il ricorso l'assicurato ha prodotto gli stessi certificati medici. 2.5. Con  
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 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 Neuanschuldung 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 STFA I 734/05 dell'8 marzo 2006 (citata nella STF  
8C\_177/2010 del 15 aprile 2010 ), l'Alta Corte 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. La nostra Massima Istanza 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. 2.6. Da quanto precede discende che occorre analizzare i due rapporti medici trasmessi correttamente all'amministrazione, anche se non direttamente con la nuova richiesta di prestazioni, ma con le osservazioni al progetto di decisione di non entrata in materia proprio per assenza di documentazione medica attestante un peggioramento delle sue condizioni di salute. Nel formulario della nuova domanda di prestazioni l'assicurato ha indicato anche il dr. med. \_\_\_\_\_ quale suo medico curante per i problemi alla spalla e alla schiena, precisando di essere stato visitato l'ultima volta il 13 gennaio 2017. A lato di questa data il ricorrente ha tuttavia annotato che " contattato per valutazione dei cambiamenti in corso in novembre 2018 ". Recatosi l'8 febbraio 2019 da questo specialista e chiesta quel giorno una proroga del termine per determinarsi sul progetto di decisione per potere produrre il relativo referto (docc. 135 e 136), il 12 marzo 2019 sono giunti all'Ufficio AI due rapporti medici contestualmente alle osservazioni del 7 marzo 2019 (doc. 138). Il dr. med. \_\_\_\_\_, FMH in reumatologia, l'11 febbraio 2019 ha riassunto la visita a cui il ricorrente si era sottoposto alcuni giorni prima. Lo specialista ha dapprima ricordato di averlo già valutato in due occasioni a fine 2016 e a inizio 2017 e di avere posto la diagnosi di emisindrome del dolore cronico a destra, in periartropatia omeroscapolare a destra, in lesione del profilo anterosuperiore del labbro glenoideo, sindrome miofasciale della muscolatura ad azione sulla spalla destra, decondizionamento e sbilancio muscolare, rilevanti disturbi statici della colonna vertebrale (ipercifosi della dorsale con protrazione del capo, iperlordosi lombare, scoliosi sinistroconvessa toracolombare). Pertanto, una chiara causa strutturale spiegante i suoi dolori non era stata individuata. Il reumatologo ha poi osservato che anche le successive indagini di terzi (nel gennaio 2018 alla Clinica ortopedica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, nel luglio 2018 la risonanza panvertebrale alla Clinica \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_) non hanno rilevato patologie maggiori e che l'assicurato intendeva sottoporre il dossier radiologico a un altro specialista per una seconda opinione. In occasione della visita dell'8 febbraio 2019 l'assicurato ha fatto presente la persistenza e il carattere invalidante delle algie. Dall'esame clinico che lo specialista ha effettuato è risultato che: " (...) la trovo con stato generale ridotto dai dolori, avente peso corporeo di 55 kg per una statura di 179 cm (-2,3 kg rispetto al 10.1.2017, statura invariata rispetto al 10.1.2017). La colonna vertebrale si presenta con ipercifosi della dorsale, con protrazione del capo, con iperlordosi lombare, scoliosi sinistroconvessa dorsale, destroconvessa lombare, compensata, con piombo cadente dalla vertebra prominente nella rima anale, in posizione orizzontale del bacino, quando rimane in piedi. Il test di Matthias positivo depone per un decondizionamento e sbilancio del corsetto muscolare lomboaddominale. La muscolatura suboccipitale bilaterale è indolenzita, i movimenti cervicali passivi vengono attivamente contrastati a seguito dei dolori in ogni direzione; la colonna dorsale è bloccata alla flessione attiva, estensione passiva, ma libera alle lateroflessioni passive bilaterali, con dolori a fine corsa dorsali alla lateroflessione passiva verso sinistra; la colonna lombare è libera ai movimenti attivi e passivi in ogni direzione, con dolori riferiti alla muscolatura del fianco a fine corsa alle lateroflessioni. Sono assenti deficit cervicolomboradicolari. La mobilità passiva della spalla destra risulta minimamente compromessa durante la flessione passiva, con dolori a fine corsa nella sopraspinata a destra, la sinistra è libera in ogni direzione. Normali i movimenti passivi dei gomiti e dei polsi, le articolazioni delle dita non presentano tumefazioni sinovitiche, la chiusura dei pugni è completa dalle due parti. Le anche dalle due parti presentano una mobilità passiva normale. Le ginocchia sono stabili, con mobilità passiva normale. Le

caviglie dalle due parti si presentano con movimenti passivi liberi. I piedi impongono cavi dalle due parti. Non ho riscontrato sinoviti alle articolazioni delle estremità superiori ed inferiori. Prendendo in considerazione i criteri di classificazione pubblicati dalla società americana di reumatologia nel 1990 sono presenti l'8.2.2019, 6 su 18 punti fibromialgici positivi, concentrati soprattutto al cingolo cervicoscapolare. Come con lei concordato, in presenza di sua madre, in assenza di proposte diagnostiche-terapeutiche reumatologiche aggiuntive, lei ha ora anche previsto un consulto presso uno specialista in chirurgia ortopedica per la spalla destra, come da me già suggerito nel 2017. Le ho inoltre raccomandato di sottoporsi a valutazione psichiatrica specialistica per valutare la possibilità di iniziare un trattamento cognitivo del dolore.". Il referto del dr. med. \_\_\_\_\_, FMH in radiologia, non datato, ma spedito via fax il 13 febbraio 2019, è stato allestito quale seconda opinione della lettura di una risonanza magnetica della colonna vertebrale. Esaminata la colonna cervicale, la colonna dorsale e la colonna lombare, lo specialista ha tratto la conclusione di moderate turbe statiche della colonna vertebrale, non discopatia rilevante a livello cervicale, dorsale e lombare e di non alterazioni flogistiche o compressione di strutture nervose. Certificati del dr. med. \_\_\_\_\_, FMH psichiatria e psicoterapia, presso cui l'assicurato sarebbe in cura, non ne sono stati prodotti. Questi rapporti medici sono stati sottoposti all'esame del dr. med. \_\_\_\_\_ del Servizio Medico Regionale, il quale il 14 marzo 2019 ha affermato che dagli stessi non risultava una sostanziale modifica dello stato di salute rispetto alla decisione precedente, perciò non v'erano i presupposti per entrare in materia sulla nuova domanda. 2.7. Alla luce dei certificati medici suesposti, peraltro riprodotti dall'assicurato con il ricorso (docc. A3 e A4), il TCA ritiene che non vi sia stato un peggioramento delle condizioni di salute del ricorrente, nel senso che non è stato reso verosimile, medicalmente e oggettivamente mediante referti medici, che il suo grado di incapacità lavorativa, nel 2019, era peggiore rispetto a quello accertato nel 2016 in occasione della perizia pluridisciplinare del SAM. In effetti, lo stesso dottor \_\_\_\_\_ ha certificato l'11 febbraio 2019 che, oltre alle già note ipercifosi della dorsale, l'iperlordosi lombare e la scoliosi, è constatato un decondizionamento e sbilancio del corsetto muscolare lomboaddominale, la colonna dorsale era bloccata alla flessione attiva e all'estensione passiva, mentre la colonna lombare era libera ai movimenti attivi e passivi. Inoltre, erano assenti deficit cervicolomboradicolari e la mobilità passiva della spalla destra risultava minimamente compromessa durante la flessione passiva, con dolori a fine corsa nella sopraspinata a destra, mentre la spalla sinistra era libera in ogni direzione. Anche le altre articolazioni non presentavano restrizioni nei movimenti. Inoltre, lo specialista non ha stabilito una capacità lavorativa dell'assicurato dal profilo reumatologico, ma gli ha suggerito di rivolgersi a uno psichiatra per valutare la possibilità di iniziare un trattamento cognitivo del dolore. Dal profilo clinico, quindi, secondo il TCA il reumatologo non ha evidenziato un quadro notevolmente peggiore rispetto a quello valutato nel 2016 dal dr. med. \_\_\_\_\_, che aveva posto una diagnosi senza ripercussione sulla capacità lavorativa del ricorrente di tendomioghelosi a livello del cinto scapolare ed all'altezza dell'angolo scapolare destro nonché alla muscolatura paravertebrale cervicale e scapolocostale a destra in stato dopo trauma distorsivo. Già in quell'occasione il perito del Servizio Accertamento Medico aveva evidenziato come fosse difficile mettere in relazione la clinica dell'assicurato caratterizzata da disturbi invalidanti con un reperto clinico oggettivabile. L'esame clinico eseguito non sembrava neppure spiegabile con una singola lesione del labbro glenoidale. La diagnosi di mioghelosi o sindrome miofasciale non provocava limitazioni funzionali, perciò l'assicurato era abile al

100%. Quanto alla seconda opinione fornita dal radiologo in merito alla risonanza magnetica effettuata dall'assicurato nel 2018, ne sono emerse moderate turbe statiche della colonna vertebrale, una discopatia non rilevante a livello cervicale, dorsale e lombare e nemmeno delle alterazioni flogistiche o compressione di strutture nervose. Nemmeno da questo profilo, quindi, è stato clinicamente evidenziato ed oggettivato un peggioramento importante dello stato di salute del ricorrente. Agli atti rimangono unicamente le lamentele soggettive che l'assicurato ha dettagliatamente ed accuratamente spiegato nei suoi scritti che però, per definizione, non comprovano validamente il suo stato di salute non potendo essere confermate da certificati medici. Come tali, le affermazioni dell'interessato rimangono quindi delle semplici allegazioni di parte, che non hanno giuridicamente alcun valore e che dunque, nel caso in esame, non gli possono essere di alcun aiuto. La circostanza che i vari specialisti interpellati negli anni non siano giunti a una diagnosi certa che confermi i suoi dolori e che possa perciò consentirgli di trovare una terapia che li combatta così da potergli permettere di ritrovare una condizione fisica adatta per svolgere un'attività lavorativa, non è determinante ai fini della concessione di una rendita di invalidità. In effetti, come ha spiegato l'amministrazione, rilevanti sono le conseguenze che un danno alla salute provoca sulla capacità lavorativa di un assicurato. Stante quanto precede, i pareri medici agli atti non hanno segnalato che la capacità lavorativa dell'assicurato si è ridotta, né consegue che lo stato della situazione non è mutato, ovvero il ricorrente, al momento della nuova domanda nel 2019, come nel 2016 quando è stato deciso il rifiuto di attribuirgli una rendita di invalidità, era abile al lavoro in ragione del 100%, ma con una riduzione del rendimento del 20%. Né il dottor \_\_\_\_\_ né il dottor \_\_\_\_\_ hanno infatti reso verosimile che c'è stato un notevole peggioramento delle condizioni di salute dell'assicurato. È pertanto a giusta ragione che l'Ufficio AI non è entrato nel merito della nuova richiesta di prestazioni dell'assicurato. In queste condizioni, la decisione di non entrata in materia va dunque confermata e il ricorso respinto. 2.8. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico dell'insorgente. Infatti, benché non disponga di entrate economiche, il suo ricorso era sin dall'inizio sprovvisto di esito favorevole, perché un peggioramento non era stato comprovato con referti medici e quindi non era senza dubbio dato. Inoltre, questa stessa situazione si era già presentata con la precedente domanda del 3 febbraio 2017 formulata dal dr. med. \_\_\_\_\_ e sfociata nella decisione di non entrata in materia del 23 maggio 2017; al ricorrente erano quindi note le condizioni affinché l'Ufficio AI potesse riesaminare nel merito la sua situazione.

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